



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

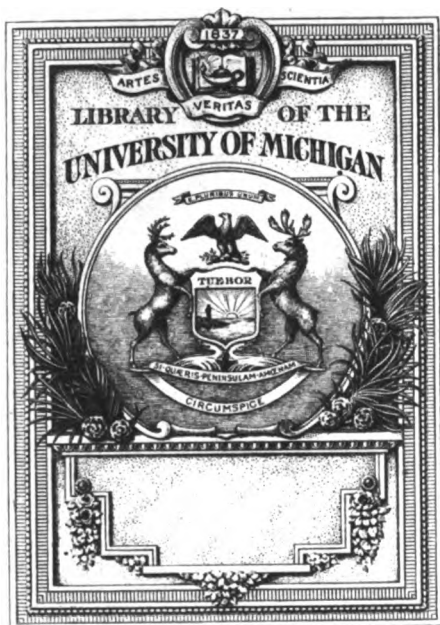
We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>





610.5-
A671
387

Archives de gynécologie et de toxicologie

ARCHIVES DE TOCOLOGIE

DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS

PUBLIÉES PAR

J. A. H. DEPAUL,

Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de médecine,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine,

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

STOLTZ,

Doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

BAILLY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

BERNUTZ,

Médecin des hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine.

BLOT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie.

A. BOUCHACOURT,

Prof. d'accouchements à l'École de méd. Lyon.

CHANTREUIL,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

CHARPENTIER,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

QUÉNIOT,

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Assistés,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

HERVIEUX,

Médecin de la Maternité de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

PARROT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.

DE SOYRE,

Chef de Clinique d'accouchements, Lauréat de la Faculté,

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION.

Deuxième Année.

PARIS

V ADRIEN DELAHAYE ET C^{ie}, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1875

44

MÉMOIRES ORIGINAUX

MENACE D'ENCLAVEMENT A DEUX MOIS ET DEMI DE GESTATION. — CHANGEMENTS SUCCESSIFS DE LA DÉVIATION AVANT QUE LA RECTIFICATION COMPLÈTE SOIT PRODUITE A TROIS MOIS ET DEMI APRÈS L'EMPLOI TRÈS-PEU PROLONGÉ D'UN PESSAIRE A AIR DANS LE RECTUM.

Par le **Dr Bernutz**, médecin de l'hôpital de la Charité.

Dans ma dernière conférence j'ai dû, Messieurs, vous retracer à grands traits l'histoire dogmatique des déviations utérines dans l'état de vacuité, en m'appuyant sur les 229 observations (113 filles, 114 mères) que j'ai recueillies avec mon excellent ami Goupil, lorsque j'étais médecin de Lourcine, parce qu'il était nécessaire que vous ayez présents les éléments principaux de la question pour bien comprendre les particularités intéressantes, que nous avons observées chez la malade couchée au n° 20 de la salle Saint-Joseph, dont j'ai promis de vous entretenir aujourd'hui.

Archives de Tocologie. — JANVIER 1875.

Il s'agit, vous le savez, d'une cuisinière de 26 ans, mère de deux enfants, assez grande, moyennement forte, très-bien conformée, ne présentant et n'ayant jamais présenté aucun accident nerveux, qui avouait être enceinte de plus de deux mois, lors qu'elle est entrée, le 5 novembre, dans mon service pour des vomissements, datant de trois semaines, qui avaient pris depuis quinze jours une intensité telle que la malade rendait absolument tout ce qu'elle prenait. Cette femme indiquait que ces vomissements avaient débuté à l'époque où ses règles, venues régulièrement le 15 août, avaient manqué pour la seconde fois, mais qu'ils n'avaient pris le caractère incoercible que huit jours après un voyage assez long, qu'elle avait dû faire pour aller voir son père mourant et revenir ensuite à Paris. Elle ajoutait, ce qui est très-important dans la question, que depuis six semaines elle ressentait des douleurs dans le côté droit de l'abdomen et dans le bas-ventre, et qu'elle avait de la difficulté pour aller à la garde-robe, et que c'est après cet état de malaise continu qu'avaient débuté les vomissements, auxquels elle est en proie, qui s'étaient accompagnés d'une constipation opiniâtre et d'une assez grande difficulté d'uriner, qui, je dois vous le mentionner, avait très-sensiblement augmenté dans les deux jours qui avaient précédé son admission à la Charité. Je vous signale ces derniers phénomènes morbides, en particulier la difficulté de la miction, parce qu'ils pouvaient faire penser que, s'il s'agissait chez cette femme de vomissements incoercibles de grossesse, ce qui était très-probable d'après le récit de la malade, ces vomissements pouvaient dépendre d'une disposition vicieuse de la gestation, c'est-à-dire d'une rétroversion de l'utérus gravidé, comme dans une observation publiée en 1857 dans la *Gazette des hôpitaux* (p. 375), par M. Stoltz.

Cette pensée me fit immédiatement recourir au toucher; je trouvai le col utérin porté fortement en avant, regardant la face postérieure du pubis, le corps, en ligne droite avec le col, tourné au contraire en arrière et un peu en haut, de telle sorte que le fond de l'utérus était placé au-dessous du promontoire, mais conservait une certaine mobilité, qu'on constatait en agissant sur le col. Je m'assurai de plus que cet utérus, en rétroversion type au premier degré, offrait non-seulement une augmentation de volume parfaitement en rapport avec les deux mois et demi de gravidité, annoncés par la malade, mais le ramollissement élastique particulier qu'on observe au commencement de la gestation. Ces signes étaient si positifs, qu'il n'y avait pas de doute à avoir sur l'existence d'une rétroversion de l'utérus gravidé, qui, depuis l'époque où les règles avaient manqué pour la seconde fois, donnait lieu à des phénomènes morbides, dont deux, du moins, la constipation et la difficulté de la miction, indiquaient d'une manière certaine une compression exercée par l'utérus.

J'ai dû alors chercher si je trouverais, dans les antécédents de la malade, quelques particularités, qui permissent d'établir quand s'était produite la rétroversion, dont nous constatons l'existence et qui donnait lieu à ces accidents, datant de trois semaines, qui avaient été s'accroissant depuis cette époque, mais qui n'étaient pas de nature telle

qu'ils puissent autoriser à affirmer que cette rétroversion s'était effectuée depuis la dernière imprégnation. J'ai pour cela minutieusement interrogé la malade, en particulier sur ce qu'elle avait éprouvé dans ses deux grossesses antérieures. Elle est devenue enceinte pour la première fois à 17 ans, trois ans après l'établissement de la menstruation qui, jusque-là, avait été parfaitement régulière; cette grossesse a été parfaitement heureuse, n'a donné lieu à aucune douleur notable du deuxième au cinquième mois de gestation, l'accouchement à terme a été parfaitement normal, les suites de couches bonnes, et après celui-ci les règles se sont rétablies régulièrement jusqu'à vingt ans, où a eu lieu la seconde grossesse. Celle-ci a été aussi régulière que la première, ainsi que l'accouchement et les suites de couches. La régularité absolue de ces deux grossesses, mais surtout l'absence d'aucune douleur à l'époque de la gestation, où s'exécute le mouvement d'ascension de l'utérus dans l'abdomen, donnent la certitude qu'il n'y avait pas, chez cette femme, de rétroversion congénitale ou datant de l'enfance, qui, comme je vous l'ai indiqué dans ma dernière conférence, restent frustrées pendant l'état de vacuité, mais troublent d'une manière plus ou moins marquée la gravidité, qui parfois se passe, il est vrai, d'une manière assez bénigne pour que les malades ne vous rendent pas compte des douleurs qu'elles ont eues, si on n'insiste pas sur ce point dans leur interrogatoire.

Depuis cette seconde grossesse les règles n'ont plus été aussi régulières qu'antérieurement, la malade a eu des retards et parfois quelques douleurs menstruelles, mais elles étaient insignifiantes, jusqu'à il y a huit mois. A cette époque, la malade, après un séjour de trois semaines à l'hôpital de la Pitié, où elle avait été forcée d'entrer pour une bronchite, dans laquelle elle a craché un peu de sang, a été prise, quelques jours après sa rentrée chez elle, d'un écoulement vaginal de nature suspecte, sur lequel elle hésite beaucoup à répondre catégoriquement. Cette vaginite, qui n'existait pas du tout pendant qu'elle était à l'hôpital, s'accompagnait de douleurs en urinant et, au bout de quelques jours d'existence, a donné lieu à des douleurs pelviennes assez vives, qui ont duré plus d'un mois, depuis lesquelles les menstruations sont devenues beaucoup plus douloureuses qu'elles l'étaient depuis le second accouchement. J'ai insisté sur toutes ces particularités, parce que, comme je vous l'ai dit dans ma dernière conférence, j'ai vu, pendant que j'étais médecin de Lourcine, se produire sous mes yeux des rétroversions chez des femmes entrées pour une blennor-

rhagie qui avait un retentissement sur le péritoine pelvien, pendant que ces malades étaient dans mon service, et chez lesquelles la rétroversion persistait plus ou moins frustrée comme les retroversions congénitales, si les malades étaient complètement guéries, non-seulement de leur pelvi-péritonite, mais aussi plus ou moins complètement guéries du catarrhe-utérin, que la blennorrhagie avait faite naître. Aussi suis-je disposé à croire, d'après ce que j'ai observé à Lourcine, que, chez notre malade, la retroversion a été secondairement, le fait de l'écoulement vaginal de nature suspecte, dont elle a été affectée il y a huit mois et qui a donné lieu, pendant un mois, à des douleurs pelviennes assez vives, qui indiquaient un retentissement de la blennorrhagie utérine sur le péritoine-pelvien, qui, depuis, a laissé, comme trace de son existence, des douleurs à l'époque des règles bien plus marquées qu'avant cet écoulement. On est d'autant plus porté à admettre cette étiologie de la rétroversion, que la production de cette déviation, qui n'existait point pendant la seconde grossesse, ne peut être rattachée à aucune autre cause pendant l'intervalle de temps qui a séparé celle-ci de la troisième, et que les accidents, qui se sont manifestés pendant cette dernière, indiquent seulement l'existence d'une compression survenue à l'époque où les règles ont manqué pour la seconde fois. Cette compression s'explique tout naturellement par l'augmentation de volume imprimée aux organes pelviens, déjà si à l'étroit dans le bassin à deux mois de gravidité, par la congestion physiologique, qu'on voit si souvent continuer à se produire dans les premiers mois de la gestation et qui a été exagérée quelques jours après, chez notre malade, par le double voyage, qu'elle a dû faire pour aller voir son père malade; voyage que nos prédécesseurs et Baudelocque, en particulier, n'auraient pas manqué d'accuser hypothétiquement d'avoir donné lieu à une rétroversion à forme lente, dont l'existence n'a jamais été établie d'une manière péremptoire, comme je vous le démontrerai tout à l'heure.

Toujours est-il que le peu d'intensité des accidents et l'époque peu avancée de la grossesse donnaient l'indication formelle du traitement, qu'on a appelé prophylactique. Je prescrivis à la malade le repos absolu au lit, en l'engageant à se coucher assez souvent sur le ventre ou inclinée sur le côté gauche; j'ordonnai un ou plusieurs lavements dans les vingt-quatre heures pour obtenir une garde-robe, et je recommandai à mon interne de surveiller la miction, de sonder la malade le soir s'il n'avait pas la preuve qu'elle avait uriné, ce qu'elle

assurait avoir eu lieu facilement, le matin, sous l'influence seule du repos absolu au lit, qu'elle avait gardé depuis son admission dans mon service. J'y ajoutai l'administration de 10 pilules de 0,01 d'extrait d'opium à prendre, espacées, dans les vingt-quatre heures, espérant modifier ainsi les vomissements incessants, dont se plaignait surtout la malade. Je me réservais d'agir, si l'enclavement devenait plus marqué, et pour en être sûr je demandai à mon interne de prendre avec beaucoup de soin l'observation de la malade, en indiquant aussi exactement qu'il le pourrait, la position de l'utérus et, pour cela, de mesurer avec le doigt les distances du col et du cul-de-sac vaginal postérieur à l'orifice vaginal. J'espérais, je dois vous le dire, à cause de la légère mobilité que présentait l'utérus, que nous observerions la rectification spontanée, ce qui n'est pas chose rare et qui a eu lieu, ainsi que vous le verrez par la suite de l'observation, que je vous rapporterai telle qu'elle m'a été remise par M. Martin.

7 novembre. Yeux un peu cernés, teint assez bon, pas de fièvre. Les coliques et les douleurs de reins ont plutôt un peu diminué depuis deux jours, de même que la dysurie; la malade n'urinait qu'une fois ou deux au plus par jour, elle urine bien à présent. La vessie n'est pas distendue et ne remonte pas au-dessus du pubis. Par la palpation abdominale, il est impossible de sentir le corps utérin, qui est fortement porté en arrière. Au toucher on sent le col utérin gros, entr'ouvert, appuyant fortement contre la symphyse pubienne. Le corps de la matrice forme une tumeur arrondie, du volume du poing, dans le cul-de-sac postérieur; les mouvements communiqués à cette tumeur, qui est de même consistance dans toute son étendue et peu mobile, se perçoivent au niveau du col. Cette tumeur est appliquée contre la face antérieure du sacrum; dans sa partie la plus saillante, elle est située à 0,07 de l'orifice vaginal, tandis que le col, abaissé plutôt que relevé, est à 0,04. Un peu de fleurs blanches. Glaires en allant à la garde-robe, épreintes. Les vomissements n'ont en rien été modifiés par l'opium, ils persistent aussi abondants, ainsi que le crachotement continu. — *Prescription*: Repos absolu. Potion de Rivière; glace; lavements émollients. Une portion d'aliments.

Le 9. Les vomissements sont un peu moins fréquents, la malade a pu supporter quelques aliments, la dysurie a entièrement disparu. Une selle normale, mais après un lavement.

Le 10. Le corps utérin semble proéminer moins fortement dans le cul-de-sac postérieur; il est à 0,08 de l'orifice vaginal et descend moins bas dans l'excavation; le col toujours gros, volumineux, surtout sa lèvre antérieure qui est très-gonflée, semble moins directement appliqué contre la symphyse. Par le toucher rectal, on sent la tumeur, formée par le corps utérin, proéminer fortement dans le rectum, mais il est impossible de con-

tourner cette tumeur. — Même prescription; on recommande à la malade de rester le plus possible couchée sur le ventre.

Le 13. Les vomissements alimentaires et bilieux, reparus le 11, persistent aussi abondants qu'au début; cependant la rétroversion semble moins marquée, la partie la plus saillante de la tumeur, formée par le corps de l'utérus gravide, est aujourd'hui à 8 centimètres $1/2$ de l'orifice vaginal. La malade urine facilement, mais ne va toujours à la selle qu'avec des lavements.

Le 16. Les vomissements, moins abondants le 14, l'ont été encore moins hier, où quelques aliments ont pu être supportés. Elle se plaint d'avoir eu, ce matin, des vomissements alimentaires et quelques coliques. Aujourd'hui le col utérin est sensiblement moins appliqué contre la symphyse: on trouve entre lui et la tumeur volumineuse, qui existe toujours dans le cul-de-sac postérieur, une dépression ou angle rentrant, qui sépare le col de cette tumeur, dont la partie la plus saillante est restée aujourd'hui à la même hauteur que le 13, c'est-à-dire à 8 centimètres $1/2$ de l'orifice vaginal. Le col est un peu mobile; il se déplace légèrement lorsqu'on imprime des mouvements au corps. La miction est toujours facile, mais il n'y a pas eu de selle aujourd'hui. — Même prescription.

Le 19. Les vomissements sont de nouveau plus abondants, il y en a non-seulement d'alimentaires, mais de bilieux; la malade se plaint toujours de coliques; le col est aujourd'hui placé presque au centre du vagin; il est à 3 centimètres $1/2$ de l'orifice vaginal, au lieu de 4 où il se trouvait antérieurement. Par le palper abdominal on continue à ne pas sentir le corps au-dessus du pubis; le toucher fait constater qu'il forme toujours une tumeur dans le cul-de-sac postérieur, qui est angulaire par rapport à la direction nouvelle qu'a prise le col, de telle sorte qu'une *rétroflexion bien manifeste a remplacé la rétroversion*. La miction est toujours facile; une selle, mais provoquée. — *Prescription*: Avant chacun des repas un paquet de 0,05 de poudre de noix vomique; le reste *ut supra*.

Le 21. Les vomissements, complètement arrêtés les deux jours derniers, pendant lesquels la malade a un peu mangé et conservé ce qu'elle a pris, ont reparu cette nuit. On applique dans le rectum un pessaire à air, suivant la méthode Favrot, on fait remonter la boule jusqu'au niveau de la saillie formée, dans le rectum, par le corps de l'utérus obliquement rétrofléchi, on insuffle la boule qui est petite et arrondie en s'assurant, par le toucher vaginal, que l'on refoule bien le corps en avant. Le pessaire est laissé deux heures en place; après son application une selle sans lavement. Pas de douleurs ni de vomissements dans la journée. — Même prescription.

Le 22. Deuxième application semblable du pessaire; elle est suivie de coliques et de douleurs dans le ventre, qui font prescrire $1/4$ de lavement avec 20 gouttes de laudanum.

Le 23. Encore quelques coliques, mais sans vomissements; le col utérin se rapproche de plus en plus de la vulve, la saillie, formée par le corps de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur, diminue.

Le 25. 3^e application du pessaire pendant une heure et demie ; elle n'est pas suivie de douleurs.

Le 25. Plus de vomissements ; le col, placé au centre du vagin, est à peine à 3 centimètres de l'orifice vaginal ; le corps est un peu remonté, mais forme toujours une saillie considérable dans le cul-de-sac postérieur.

Le 27. La malade, qui n'avait pas vomi depuis plusieurs jours, fait une chute sur le siège en voulant s'asseoir ; elle est prise, à la suite de cet accident, de coliques, de douleurs expulsives et de vomissements, qui nécessitent l'usage continu de cataplasmes laudanisés et l'emploi d'un lavement fortement laudanisé.

Le 28. Les coliques persistent encore violentes ; la malade a vomi son dîner.

Le 29. Encore quelques coliques ; plus de vomissements.

Le 30. La malade n'éprouve plus de douleurs ; elle n'a pas eu de vomissements. Aujourd'hui, le col, au centre du vagin, est à 2 centimètres de l'orifice vaginal ; cependant il est impossible de sentir, par le palper abdominal, le corps de l'utérus au-dessus du pubis ; au toucher, il fait encore une saillie assez considérable dans le cul-de-sac vaginal postérieur, qui est à 9 centimètres $\frac{1}{2}$ de profondeur de l'orifice vaginal.

1^{er} décembre. Il y a aujourd'hui un changement très-remarquable dans l'état des choses. Le corps est facilement senti par la palpation abdominale ; il est encore un peu incliné en arrière et placé dans la fosse iliaque gauche. Le cul-de-sac postérieur, dans lequel on ne sent plus de tumeur, n'a plus que 7 centimètres de profondeur. Plus de vomissements ; une selle normale sans lavement.

Le 2. Un peu de diarrhée ; quelques vomissements.

Le 8. La malade n'a plus de douleurs abdominales ; la diarrhée très-éphémère, qu'elle a eue, s'est dissipée spontanément ; garde-ropes normales ; elle a encore vomi après son déjeuner. On sent aujourd'hui très-distinctement le corps de l'utérus dépassant le pubis et remontant jusqu'à 3 travers de doigt de l'ombilic, il est actuellement incliné vers la paroi abdominale et porté dans la fosse iliaque droite. Le col large, mou, s'est porté en arrière et à gauche comme dans une grossesse régulière ; il est situé à 7 centimètres de l'orifice vaginal, au lieu d'être abaissé comme il l'était antérieurement, lorsqu'il occupait le centre du vagin. La malade se trouve bien ; on lui a permis hier de se lever une demi-heure et elle s'en est bien trouvée. La malade a continué à se lever dans l'après-midi les 9, 10, 11, 12, 13, sans en éprouver de douleurs, et a demandé, quoiqu'elle eût encore quelques vomissements, à sortir de l'hôpital le 14 ; elle était assez bien portante, incommodée seulement par de rares vomissements.

Vous avez vu tout à l'heure cette femme, elle se plaignait seulement d'avoir eu encore quelques envies de vomir, elle avait passé hier l'après-midi levée et n'en avait éprouvé aucune douleur ; enfin on trouvait l'utérus parfaitement rectifié, occupant sa position normale pour l'époque de la grossesse (près de quatre mois), à laquelle la malade

est arrivée sans encombre malgré la rétroversion, qui existait lors de son entrée à l'hôpital et avait donné lieu à un ensemble symptomatique d'un enclavement incomplet. J'ai appelé presque chaque jour, messieurs, votre attention sur cette malade, parce qu'il importait de vous persuader : 1° qu'il faut, lorsqu'il y a un phénomène anormal dans une grossesse, avoir recours au toucher, le pratiquer avec beaucoup de soin pour vous rendre compte de l'état des choses et en particulier pour vous assurer qu'il n'existe pas une déviation utérine, qui rend difficile le commencement de la gestation ; 2° qu'il est nécessaire, lorsque vous avez constaté l'existence d'une rétroversion ou d'une rétroflexion, que vous soyez convaincus qu'un grand nombre de ces déviations arrivent à se rectifier sous l'influence du repos au lit et en combattant la difficulté de la défécation et de la miction, qui pourraient aggraver ce déplacement ; 3° qu'il est par conséquent indiqué lorsqu'il n'y a pas d'accidents pressants et que la malade est, comme la nôtre, à moins de trois mois de gravidité, d'avoir recours au traitement dit prophylactique avant de penser à la réduction, qui, si elle exige une certaine force, expose plus ou moins à l'avortement ; 4° qu'il est encore indiqué dans de semblables circonstances, avant d'avoir recours à la réduction, d'essayer l'emploi d'un pessaire à air dans le rectum, qui suffira, dans un grand nombre de cas, à rendre possible l'évolution spontanée, qui tend à faire disparaître la déviation, et qui, s'il échoue, facilite ultérieurement la réduction, en rendant l'utérus moins immobile qu'il était avant l'application du pessaire. Mais je dois vous dire que j'ai surtout appelé votre attention sur cette malade, pour vous signaler les changements successifs qui, chez elle, se sont produits dans sa déviation. Le fond de l'utérus s'est d'abord un peu rectifié, puis le col est venu se mettre au centre du bassin et une rétroflexion a été constituée, puis le corps s'est de nouveau redressé, enfin, en exécutant un mouvement de circumduction en avant du promontoire, il est venu s'élever d'abord dans la fosse iliaque gauche pour passer ensuite dans la fosse iliaque droite, quand le col utérin, d'abord abaissé, s'est porté en arrière et à gauche. Je tenais à vous faire assister, jour par jour, aux différentes phases de l'évolution, je puis dire spontanée, par laquelle a disparu la rétroversion et a mis notre malade à l'abri des accidents, qu'on observe dans l'enclavement complet, dont la description va constituer la seconde partie de ma conférence.

ÉTUDE SUR L'HÉMORRHAGIE ENCÉPHALIQUE

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ,

Par M. J. Parrot,

Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

I

Les affections de l'appareil cérébro-spinal chez le nouveau-né sont fort peu connues, comme le savent bien tous ceux qui s'occupent de Pédiatrique. Cela ne laisse pas que de surprendre, et mérite d'être signalé, dans un temps où l'on a étudié avec une prédilection toute particulière les maladies du système nerveux aux autres âges, et où la pathologie a fait, sur ce point, des progrès considérables.

Déjà je me suis efforcé, par quelques publications, de combler cette lacune. Aujourd'hui, visant le même but, je vais faire connaître le résultat de mes recherches sur l'hémorrhagie encéphalique. Pour bien établir en quel état je prends la question, j'exposerai brièvement les données bibliographiques que j'ai pu recueillir directement, ou avec l'aide amicale de M. le Dr Troisier, mon interne à l'hospice des Enfants-Assistés.

Quand on ouvre les cadavres des nouveau-nés qui ont succombé à l'apoplexie, dit Capuron (1), on trouve des épanchements de sang ou de sérosité, dans le crâne, sous les méninges et dans les ventricules du cerveau.

Denis (2) admet que le sang extravasé peut s'accumuler dans trois sièges différents : qui sont, en allant de la périphérie vers le centre, 1^o la cavité arachnoïdienne où il est noirâtre, épais, sirupeux ; 2^o le tissu cellulaire sous-arachnoïdien des lobes du cerveau, surtout à leur partie postérieure, où il constitue une véritable ecchymose qui s'accompagne d'œdème ; 3^o enfin, la substance cérébrale elle-même. L'auteur n'a probablement vu cette dernière lésion qu'une fois. Dans l'hémisphère cérébral gauche d'un enfant mort-né, existait

(1) *Traité des maladies des enfants*, Paris, 1820, p. 12.

(2) *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*, Commercy, 1826. p. 392.

un foyer où le sang était converti en une petite masse dure; dans l'hémisphère droit il y avait deux foyers. Leurs parois avaient la couleur de la terre de Sienne, et la substance nerveuse périphérique, une teinte fauve. Le sang n'y était plus en substance; l'on n'y trouvait qu'une sérosité roussâtre. — Denis qui voyait dans ces lésions le résultat d'un traumatisme, remarque que d'ordinaire, l'on rencontre en même temps, au-dessous du tégument crânien ou dans son épaisseur, des engorgements sanguins, précisément au niveau des points qui sont exposés aux contusions, dans les accouchements laborieux.

Auguste Bérard, en 1829, signalait à la Société anatomique (1), la présence dans le cerveau d'un fœtus de 8 mois et demi, d'un caillot du volume d'une noix, logé dans la substance cérébrale.

Cruveilhier (2) regarde l'apoplexie, comme la cause de la mort du tiers au moins, des enfants qui, pleins de vie avant le travail, succombent pendant l'accouchement; et le caractère anatomique constant de cette apoplexie est, dans la cavité de l'arachnoïde, un épanchement de sang liquide, limité d'ordinaire autour du cervelet, mais souvent aussi, entourant les lobes postérieurs du cerveau. Dans certains cas, tout l'encéphale est couvert d'une couche de sang, dont il n'est pas toujours facile de trouver la source dans la déchirure des veines superficielles. Il est rare que l'hémorrhagie occupe les ventricules; trois fois cependant, leur cavité était remplie par des caillots. Il y avait en même temps une distension de la dure-mère rachidienne, par du sang contenu tout à la fois dans la cavité de l'arachnoïde et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Souvent dans ces cas, le cuir chevelu est parsemé de foyers sanguins; les poumons et le thymus sont ecchymosés, le foie, la rate et le tube intestinal sont gorgés de sang.

Pour Cruveilhier, l'apoplexie des nouveau-nés est veineuse et le plus ordinairement superficielle. Il n'a jamais vu de foyers intra-cérébraux. Elle est toujours de cause mécanique et due à la compression du col ou du cordon; elle n'entraîne pas nécessairement une mort immédiate, et les enfants peuvent survivre quelques heures et même trois ou quatre jours.

Billard (3), après avoir rappelé l'état congestif habituel de l'encé-

(1) *Compte rendu*, t. III, p. 253.

(2) *Bulletin de la Société anatomique*, t. VII, 1832, p. 27, et *Atlas d'anat. patholog.*, 15^e livraison.

(3) *Traité des maladies des enfants*, Paris, 1833, p. 624.

phale et de la moelle, chez l'enfant naissant, fait remarquer que si l'injection est portée trop loin, il ne tarde pas à se faire une exsudation sanguine à la surface des méninges ; et que le sang de cette exhalation, ordinairement coagulé en quantité plus ou moins grande, comprime le cerveau ou la moelle épinière ; et donne lieu à l'état de stupeur et d'abattement qui caractérise l'apoplexie. L'auteur pense qu'il est beaucoup plus rare de trouver une hémorrhagie cérébrale très-circonsrite. Il n'en a rencontré qu'un seul cas. L'enfant était mort trois jours après la naissance, avec les symptômes habituels de l'apoplexie. On trouva un épanchement sanguin dans l'épaisseur de l'hémisphère gauche, sur les parties latérales du corps strié. La substance cérébrale était un peu molle dans les points qui environnaient l'épanchement, dont l'étendue était de un pouce de long sur un demi pouce de large.

Valleix est l'auteur qui s'est le plus étendu sur l'affection que nous étudions. Il dit, au début du chapitre qu'il consacre à l'apoplexie (1) : Rien n'est plus vague et plus incertain, que ce que nous savons sur l'hémorrhagie cérébrale ou méningée des nouveau-nés, surtout sous le rapport symptomatologique. — Laissant de côté les cas qui regardent surtout les accoucheurs et qui se rapportent à des enfants naissants, il s'occupe de ceux que l'on observe quelques jours après la naissance. Il étudie à part l'apoplexie méningée et l'hémorrhagie cérébrale. — Voici pour cette deuxième variété, les faits qu'il rapporte.

Le premier est emprunté à M. Vernois. Il a trait à un enfant qui portait un céphalœmatôme et présentait, depuis sa naissance, une hémiplegie gauche, dont il guérit au bout de vingt-trois jours. Il succomba âgé de trois mois, à une pneumonie. L'autopsie fit découvrir à la base de la couche optique, au point d'union avec le corps strié, une déchirure de la substance cérébrale, sous forme d'un sillon large d'une ligne et demie, et long de quatre. C'était le reste d'un ancien foyer. A son centre était un petit caillot libre d'adhérences. Au pourtour, la substance cérébrale était molle et jaune. Cette coloration anormale s'étendait au corps strié.

Le second fait, est celui d'un enfant qui succomba à l'âge de deux jours, atteint d'œdème. Le corps strié gauche présentait un peu en dedans, et auprès de la bandelette demi-circulaire, une petite masse

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, Paris, 1838, p. 560.

(2) Diction. en 30 vol., t. XXI, 1840, p. 140.

ovalaire, de trois lignes, dont le plus grand diamètre était dirigé d'avant en arrière. Elle était recouverte par une lame transparente, légèrement grisâtre, et appartenant à la substance du corps strié. Si l'on comprimait cette lame, il s'en échappait une matière noire demi-fluide. La substance cérébrale voisine n'était nullement altérée.

A la suite de ces observations, Valleix remarque que l'hémorragie cérébrale proprement dite est toujours très-rare; que les épanchements arachnoïdiens, fréquents chez les enfants naissans, sont exceptionnels quelques jours après la naissance; chez les premiers, avec les auteurs qui l'ont précédé, il met la lésion sur le compte du travail de l'accouchement; mais pour ce qui est des autres, il n'en peut saisir la cause.

Suivant Dubois et Desormeaux (1), il est une forme de l'apoplexie, ordinairement provoquée par un accouchement difficile, dans laquelle le visage est bleu violet, la tête tuméfiée et chaude, les lèvres renversées et livides, les yeux saillants, les battements du cœur faibles ou nuls. Quand la mort en est la conséquence, on trouve toutes les parties gorgées de sang, et quelquefois ce liquide est épanché à la surface des membranes ou dans la substance du cerveau.

Parmi les accoucheurs, M. Jacquemier est celui qui s'est le plus occupé de la question. Chez les enfants morts pendant le travail, immédiatement ou plusieurs heures, plusieurs jours même, après la naissance, dit-il, à part les cas où il y a en même temps fracture du crâne, il est extrêmement rare de trouver du sang épanché entre la dure-mère et les os; on le trouve presque toujours dans la grande cavité de l'arachnoïde. Tantôt fluide, noir, visqueux et comme épaissi, tantôt entièrement coagulé, il forme une couche assez étendue, qui recouvre particulièrement la partie supérieure et postérieure des hémisphères du cerveau, le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle allongée; qui peut s'étendre à la fois sur toutes ces surfaces, mais qui, le plus souvent, est limitée à la région postérieure de l'un des hémisphères cérébraux, au cervelet ou à la moelle allongée. On ne rencontre presque jamais le sang, soit à la région antérieure du cerveau, soit dans les ventricules, soit dans la substance cérébrale. Il n'est pas probable que l'hémorragie se fasse par exhalation; il est à présumer que les modifications de rapports, déterminés par le rapprochement

(1) *Manuel des accouchements*, Paris, 1846, p. 768.

des sutures, et la déformation du crâne, entraînent la déchirure de quelques-uns des vaisseaux grêles, qui convergent vers les sinus.

Les symptômes apparaissent immédiatement, le lendemain, et même trois ou quatre jours après la naissance; plus particulièrement chez les enfants nés dans un état de mort apparente, qui ont pu être ranimés; et chez ceux qui, après un travail prolongé, ont subi une déformation de la tête. Ce sont : de l'agitation, de l'anxiété, de l'irrégu larité et des embarras passagers de la respiration; des cris brefs et faibles, des grimaces et des mouvements singuliers, suivis d'immobilité; de la dilatation des pupilles, un strabisme momentané, un léger trismus, des rougeurs et des pâleurs alternatives, de la face, la rétention du méconium. Puis il survient de la somnolence, une contraction continuelle des mains avec pronation forcée, inclinaison vers le bord cubital de l'avant-bras, roideur des doigts étendus sur la face palmaire du métacarpe. Les membres d'un côté peuvent avoir une roideur exagérée, mais presque jamais il n'y a d'hémiplégie. Enfin, l'enfant pâlit, s'affaiblit et meurt au bout de quelques jours. Dans certains cas, ce sont des convulsions épileptiformes que l'on observe; et l'on peut dire que lorsqu'elles se montrent dans les jours qui suivent la naissance, elles reconnaissent presque toujours pour cause un épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde ou la congestion du cerveau. Les accès sont généralement fréquents, prolongés, et la mort arrive promptement.

En 1849, M. Notta présenta à la Société anatomique (1) les pièces d'un enfant né à terme, mort dans le coma, 31 heures après l'accouchement, qui avait été naturel. A la partie antérieure et moyenne des hémisphères cérébraux, la pie-mère était le siège d'une légère suffusion sanguine. En arrière, l'épanchement était beaucoup plus considérable et situé à la fois dans la cavité de l'arachnoïde et sous cette membrane. On pouvait distinguer de véritables caillots et la substance cérébrale était ramollie et noirâtre. Le cervelet présentait les mêmes lésions, et l'infundibulum arachnoïdien de la queue de cheval était rempli de sang.

En 1869, M. Quinquaud a montré, à la Société de biologie (2), le cerveau d'un fœtus mort-né d'environ 6 mois, dans lequel on voyait deux foyers d'hémorrhagie intracérébrale. On y trouvait, avec des

(1) Bulletin, t. XXIV, p. 83.

(2) Comptes-rendus, Paris, 1870, p. 150.

globules sanguins, beaucoup de corps granuleux. Tous les muscles des membres étaient rétractés, et il y avait une courbure latérale droite de la colonne vertébrale.

M. Troisier a fait connaître à la même société (1) l'observation d'un fœtus de 5 mois et demi environ, mort-né, dont la mère avait fait une chute six jours avant celui de l'accouchement. Le placenta ne présentait aucune lésion. Un caillot rougeâtre remplissait le ventricule latéral droit. La portion ventriculaire du corps strié était dissociée par du sang coagulé. On trouvait une certaine quantité de ce liquide dans le quatrième ventricule et dans celui de la cloison, ainsi que sur les parties latérales du bulbe rachidien. Il y avait, en outre, un petit caillot sur la voûte à trois piliers, quelques ecchymoses sous-méningées et de nombreuses hémorragies dans les gaines périvasculaires. Au niveau des circonvolutions de la face interne de l'hémisphère gauche, existait un petit sac de 0^m,33 de long sur 0^m,18 de large, rempli de globules rouges, constitué par du tissu conjonctif, sans communication avec le système vasculaire, bien qu'il rappelât par son aspect, un anévrysme miliaire. La structure des artérioles et des veinules a paru normale. Dans l'épaisseur de l'épiploon, on voyait deux petits grains globuleux, dus à des hémorragies dans les follicules lymphatiques.

Le même observateur faisait connaître le fait suivant à la Société anatomique dans le mois de novembre 1873 (2). Une femme enceinte de plus de 5 mois, atteinte d'hémorragies utérines, datant de cinq semaines environ, et qui depuis trois ou quatre jours, ne sentait plus remuer; après deux heures de travail, accoucha sans peine.—Au sommet du crâne du fœtus, il existait une bosse sanguine, une infiltration séro-sanguinée du cuir chevelu et un décollement du périoste. Le ventricule latéral gauche était rempli par un caillot noirâtre, se détachant malaisément du corps strié, un peu éraillé à sa surface. Du sang coagulé se voyait aussi dans le quatrième ventricule et dans celui de la cloison. Deux petits foyers hémorragiques, de la grosseur d'un grain de millet, existaient sur l'hémisphère gauche, au niveau de la substance grise des circonvolutions. Le lobe gauche du cervelet était parsemé de points ecchymotiques. À droite, du sang, en partie coagulé, distendait la veine du corps strié. Les sinus contenaient des caillots noirâtres et mous.

(1) Séance du 11 octobre 1871.

(2) Bulletin, 3^e série, t. XVIII, p. 704.

Je suis heureux d'ajouter à ces documents la note suivante, que m'a communiquée mon collègue M. Guéniot, et dans laquelle il a résumé les observations, qu'en sa qualité d'accoucheur il a faites sur le sujet de la présente étude.

Des épanchements sanguins, dit-il, se rencontrent assez fréquemment, dans la cavité crânienne, lorsque la tête a subi pendant l'accouchement des pressions exagérées, auquel cas, le crâne peut être fracturé; lorsqu'il y a eu compression du cordon ou prolapsus de cet organe; lorsque l'accouchement s'est fait par l'extrémité pelvienne avec traction énergique sur le cou de l'enfant; ou bien encore, lorsque la version a été pratiquée. Les enfants nés avant terme et ceux dont l'ossification crânienne est peu avancée, y sont particulièrement prédisposés.

L'épanchement existe quelquefois entre la paroi osseuse et la dure-mère, beaucoup plus souvent, dans la grande cavité arachnoïdienne, presque jamais dans la pulpe nerveuse. Son siège de prédilection est la région postérieure de l'encéphale; il reconnaît probablement pour cause la rupture de quelque veinule se rendant dans les sinus. Le sang, noir, visqueux, tantôt fluide, tantôt coagulé, forme une nappe d'étendue variable. En même temps, le système veineux de la partie correspondante est très-congestionné. Si la mort n'est survenue qu'après quelques jours, on trouve fréquemment de la sérosité, soit dans les ventricules, soit dans le tissu sous-arachnoïdien.

Les symptômes sont variables. Tantôt c'est un état de mort apparente, qui se termine par la mort réelle, ou que l'on dissipe à l'aide de l'insufflation; tantôt c'est de l'agitation, de l'insomnie, une respiration faible, de petits cris aigus et monotones, du strabisme, un léger trismus, qui fait que l'enfant serre le mamelon sans opérer la succion, une tendance plus ou moins marquée au refroidissement; d'autres fois, ce sont des convulsions, locales ou généralisées, ou de la contracture; mais la paralysie est tout à fait exceptionnelle. La survie peut être d'un jour et même d'une semaine.

Il est vraisemblable que des enfants atteints d'un épanchement modéré guérissent; mais il ne l'est pas moins, que dans la suite, le reliquat de la lésion primitive, peut engendrer diverses infirmités (strabisme, paralysie musculaire circonscrite, pied bot, torticolis, bégaiement, etc.); telle est, du moins, l'opinion qu'un auteur anglais, le *D^r John Little*, médecin chef de l'hôpital d'orthopédie de Londres, a cherché à faire prévaloir, en l'appuyant sur de nombreuses observations.

Je termine ces citations, par celle d'un fait, que je dois à l'obli-

geance de madame Alliot. Il a été recueilli sous sa direction, pendant qu'elle était sage-femme en chef de la Maternité. Il est plein d'intérêt; et du même ordre que ceux de ma propre pratique. J'appelle tout particulièrement l'attention sur la déclaration qui le termine.

L'enfant Brouard, né naturellement et à terme, après un travail de vingt-deux heures, pesait le 2 août 1862, jour de sa naissance, 3,050 gr. — A part une légère dyspnée qui se dissipa très-rapidement, on ne remarqua rien d'anormal jusqu'au 7 août, bien qu'à cette date, il eût perdu 300 gr. Alors on observa dans les muscles des mâchoires, une contracture qui s'étendit bientôt à ceux de la face et du cou, et amena une gêne considérable de la déglutition. Le 8, la partie postérieure du tronc fut envahie. On appliqua des sinapismes sur la poitrine et les membres inférieurs. L'état convulsif n'était pas continu, et s'accompagnait de cyanose, au moment des paroxysmes. Le 9, les membres étaient aussi roides que le tronc et l'enfant ne pesait plus que 2,500 gr. Lorsque le poulx se fut ralenti, et que les respirations eurent perdu de leur ampleur, on lui donna du chloroforme, ce qui fit cesser la roideur tétanique, et il put avaler quelques gouttes de lait. La mort eut lieu ce jour-là. — L'autopsie fut faite le 11, et l'on trouva une hémorrhagie méningée siégeant dans les fosses cérébelleuses et dans toute l'étendue du canal rachidien. Le cerveau, le cervelet et la moelle ne présentaient aucune lésion. — On ignore sous quelle influence a pu se produire cette hémorrhagie.

Laissant de côté les considérations diverses que peuvent suggérer les opinions et les faits qui précèdent, pour ne nous occuper que du point le plus important, l'étiologie, nous ferons remarquer que la plupart des auteurs ont parlé d'enfants mort-nés, ou ayant succombé peu de temps après l'accouchement et de son fait.

Pour eux, la cause de l'hémorrhagie intracrânienne n'est pas douteuse; elle est mécanique ou traumatique.

Deux observateurs seulement, parmi ceux que nous avons cités, ont étudié les épanchements sanguins de l'encéphale, en dehors de l'accouchement; et, tous les deux, ils déclarèrent ne pouvoir en déterminer l'origine.

Cet aveu ne nous surprend pas; ceux qui l'ont fait ne possédaient pas les éléments propres à résoudre ce problème étiologique. C'est à leur recherche que nous nous sommes efforcé; et les ayant trouvés, nous avons pu déterminer la cause encore ignorée, de l'hémorrhagie encéphalique non puerpérale des nouveaux-nés.

SUR

LES ADHÉRENCES ANORMALES DU PLACENTA (1)

Par le Dr Guéniot,

Chirurgien des hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

— SUITE. —

Messieurs, les observations que j'ai relatées précédemment vous ont assez fait pressentir que l'adhérence exagérée du placenta est une complication toujours inquiétante, fréquemment très-grave, et trop souvent mortelle pour la femme. Cette gravité pronostique offre nécessairement des degrés, selon que l'adhérence est générale ou partielle, étendue ou limitée; selon qu'elle est accompagnée ou non d'hémorrhagie, compliquée ou non de tétanos utérin; enfin et surtout, selon qu'elle est faiblement exagérée ou qu'elle atteint, au contraire, une extrême solidité. L'influence de tels éléments se conçoit d'elle-même; il me paraît superflu d'y insister.

Laissez-moi vous dire seulement que le danger peut être considérablement atténué si la femme se trouve secourue en temps opportun et comme il convient. En effet, le plus communément il s'agit d'une union facile à détruire avec la main; et, quand celle-ci n'est point arrêtée par un resserrement tétanique de l'utérus, elle opère artificiellement la délivrance, sans qu'il en résulte d'ordinaire aucun accident imputable à l'opération. Ce n'est que dans les cas d'adhérences intimes, indestructibles et très-étendues, ou dans ceux qui sont accompagnés à la fois de tétanos utérin et d'hémorrhagie, que la gravité de l'anomalie devient tout à fait menaçante, quelle que soit, d'ailleurs, l'intelligence des soins administrés.

L'adhérence exagérée du placenta peut-elle être diagnostiquée pendant la grossesse ou dans le cours du travail? Jusqu'ici, aucun symptôme n'a paru propre à en révéler l'existence dans ces conditions, et il est bien probable que, de longtemps, la clinique ne sera en possession d'un moyen qui permette de la reconnaître avant la naissance de l'enfant. Voici comment, d'une manière presque constante, l'accoucheur est conduit à faire le diagnostic de cette complication.

(1) Leçons faites à l'hôpital des Cliniques pendant le mois de septembre dernier et publiées dans la *Gazette des hôpitaux*.

Le fœtus étant sorti des voies maternelles, on attend de cinq à quinze minutes que la matrice ait pu se contracter sur le délivre pour en opérer le décollement. Presque toujours — surtout si l'on a pris soin de jeter une double ligature sur le cordon avant de le sectionner, et si quelques frictions ont été pratiquées sur l'hypogastre — presque toujours ce temps suffit pour que le placenta, privé de ses adhérences à l'utérus, soit tombé sur le col ou même jusque dans le vagin. Après s'être assuré qu'il en est ainsi, on procède alors à la délivrance avec les précautions connues. Mais dans le cas d'adhérence anormale, il n'en est plus de même. Au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, malgré des contractions plus ou moins énergiques de la matrice, l'arrière-faix reste uni à la surface interne de cet organe. En suivant le cordon, qui lui sert de guide, le doigt pénètre jusque dans la cavité utérine sans pouvoir atteindre ni le placenta, ni même la racine du cordon. S'il n'existe pas d'hémorrhagie, on attend encore un quart d'heure, une demi-heure ou plus. Vaine attente; malgré la persistance des contractions utérines, le délivre conserve la même fixité. Alors, on exerce quelques tractions sur le cordon : celui-ci se tend et se laisse faiblement entraîner; mais si l'on cesse toute traction, il rentre brusquement de toute la longueur dont il était sorti. Cette rentrée subite est la conséquence non-seulement de l'élasticité du tissu placentaire qui, allongé par la traction funiculaire, revient rapidement sur lui-même, mais encore du retrait de la paroi utérine faiblement abaissée sous l'effort des tractions. Il est évident, dès lors, que le placenta offre des adhérences exagérées, et le diagnostic, dans son élément principal, se trouve aussi nettement établi.

Cette seule donnée, toutefois, ne suffit point; il importe de savoir encore si les adhérences sont générales ou partielles, si elles sont ou non compliquées de symptômes qui en augmentent la gravité, enfin quel est leur degré probable de solidité. Ordinairement, rien n'est plus facile que le diagnostic de ces divers états.

En effet, par la palpation hypogastrique, et surtout à l'aide du toucher, on reconnaîtra sans peine le degré de resserrement de la matrice, en même temps que les caractères du col utérin. On s'assurera de la sorte s'il existe ou non du tétanos, si le col est ou n'est pas reconstitué.

D'autre part, la présence d'un fragment placentaire, libre dans la cavité utérine et perceptible au doigt de l'accoucheur, mettra en parfaite évidence la séparation *partielle* du placenta. A défaut de cette

constatation directe, l'existence d'une perte sanguine notable révélera d'une manière à peu près certaine qu'une partie de l'arrière-faix se trouve décollée et, conséquemment, que l'adhérence n'est pas générale. C'est là, je dois le dire, le cas de beaucoup le plus fréquent. Aussi l'hémorrhagie est-elle la compagne habituelle de l'adhérence anormale.

Comment comprendre une telle relation entre les deux phénomènes, c'est-à-dire que la perte sanguine soit un indice si probable de décollement partiel? Pratiquement, le fait est de première importance; à ce titre, permettez-moi de m'y arrêter un instant.

En dehors des sinus utérins, que les cotylédons décollés ont mis à nu, d'où pourrait provenir l'hémorrhagie? D'une rupture de la matrice; d'une déchirure du vagin ou simplement de celle d'une veine du canal utéro-vulvaire. Mais, tandis que ces lésions offrent une extrême rareté, les décollements partiels du délivre s'observent, au contraire, communément. Dans le cas d'adhérence placentaire, la perte sanguine doit donc être, *a priori*, rapportée à la séparation d'un ou de plusieurs cotylédons; et, à moins que la déchirure utéro-vaginale n'offre quelque probabilité d'existence, ou ne soit positivement constatée, l'inégalité de fréquence dont il s'agit fournit au diagnostic une base très-suffisante.

Maintenant d'où vient que le décollement partiel du délivre provoque presque nécessairement l'hémorrhagie, tandis que sa séparation complète n'engendre pas cet accident? La raison, messieurs, en est facile à comprendre.

Deux causes concourent à la production de la perte. D'une part, tant qu'il reste une portion de placenta unie à l'utérus, la circulation se maintient très-active dans ce dernier organe; il s'y fait une sorte d'appel qui entretient dans les canaux veineux un mouvement sanguin presque aussi riche que dans le cours de la grossesse. De là, une prédisposition manifeste aux hémorrhagies. D'une autre part, la présence du placenta dans la cavité utérine s'oppose au retrait régulier de l'organe; et les sinus qui correspondent à la portion décollée de l'arrière-faix, ne se trouvant pas oblitérés, déversent abondamment le sang au dehors. C'est aussi cette dernière cause qui explique la persistance des hémorrhagies, lorsque de simples caillots sont retenus dans la cavité utérine.

Pour faire cesser la perte sanguine, il est donc parfaitement indiqué d'introduire la main jusque dans la matrice, à l'effet d'en extraire le

contenu. Or, par cette manœuvre, on arrive aisément à la détermination d'un nouvel élément du diagnostic, c'est-à-dire à reconnaître le *degré de solidité* des adhérences. Vous le voyez, l'exploration diagnostique se confond ici avec le moyen thérapeutique, et la même intervention peut fournir deux résultats simultanés.

Quelques mots encore au sujet du diagnostic.

Vous n'ignorez pas que l'utérus, surtout chez les femmes qui ont usé de l'ergot, se rétracte parfois avec violence aussitôt après l'expulsion de l'enfant. Le resserrement de l'organe sur le placenta est alors tel, que celui-ci se trouve étroitement emprisonné ou, comme on dit, enchatonné. Cette rétraction tétanique peut, d'ailleurs, s'exercer — et, en fait, s'exerce le plus souvent — sur des placentas entièrement décollés, par conséquent dans des conditions autres que celles qui nous occupent. Or, il importe essentiellement de ne pas confondre cette rétention placentaire simple avec celle qui est due à des adhérences anormales, compliquées de tétanos utérin ; car le pronostic et le traitement de ces deux espèces pathologiques diffèrent considérablement entre eux.

S'agit-il, en effet, d'un enchatonnement sans adhérence ? Le relâchement de l'utérus ou la cessation du tétanos sera le remède souverain. Un grand bain, des injections émollientes, l'emploi local de quelques préparations narcotiques suffiront presque toujours à procurer une heureuse solution.

Dans le cas d'adhérence exagérée, il n'en est plus de même. La cessation du tétanos utérin, si favorable qu'elle soit, laisse cependant subsister la rétention avec tous ses dangers. On conçoit dès lors la différence des situations.

Comment donc distinguer l'une de l'autre ces deux sortes de complications ? Comment établir leur diagnostic différentiel ? Le voici.

Si l'enchatonnement est simple, d'abord on ne constatera pas d'hémorrhagie ; la perte, du moins, sera presque insignifiante. La rétraction des parois utérines et le resserrement des sinus qui-en résulte, expliquent suffisamment cette particularité. D'une autre part, le placenta, pressé sur l'orifice interne de la matrice, tendra à s'y engager par un prolongement, de volume proportionné au diamètre de cet orifice.

Existe-t-il, au contraire, une adhérence complète avec tétanos utérin ? Vous ne trouverez aucun fragment placentaire au-dessus du col ; l'arrière-faix, greffé plus profondément, laissera l'anneau cervical en-

tièrement libre. Sans doute, si, au lieu d'être générale, l'adhérence n'est que partielle, la portion décollée pourra pénétrer dans l'ouverture du col et simuler ainsi la simple rétention. Mais alors, à moins que cette portion ne produise une obturation complète de l'orifice utérin, vous constaterez une hémorrhagie plus ou moins abondante, la perte étant due aux causes que je vous signalais tout à l'heure.

Enfin est-il besoin encore de vous prémunir contre une erreur des plus faciles à éviter, mais dont les conséquences seraient redoutables au plus haut point ? Je veux parler de la confusion qui consisterait à prendre pour anormale une adhérence naturelle qu'un défaut de contraction aurait laissé subsister. Ici, ce ne sont point des adhérences exagérées qui causent la rétention de l'arrière-faix ; c'est une inertie prolongée et plus ou moins complète de la matrice. Vous comprenez combien il serait dangereux, dans de telles conditions, de tenter la délivrance avant que l'organe ait recouvré son ressort naturel. Une introversion de ses parois ou une hémorrhagie menaçante, et peut-être ces deux redoutables accidents à la fois seraient vraisemblablement le fruit d'une si malencontreuse intervention. Assurément, pour commettre une telle méprise, il faudrait avoir l'esprit bien troublé ou bien inattentif ; aussi me dispenserai-je d'insister sur ce point.

Maintenant, messieurs, abordons la partie essentielle de notre sujet, c'est-à-dire la *thérapeutique des adhérences anormales*.

Lorsque l'utérus, loin d'être inerte, se présente dans un état de bonne rétraction et que le délivre tarde à s'en séparer, que convient-il de faire ?

Déjà, je vous l'ai laissé pressentir. Après avoir attendu une heure ou une heure et demie, temps pendant lequel on aura pratiqué, à diverses reprises, des manipulations sur l'hypogastre et exercé quelques tractions prudentes sur le cordon, une seule conduite s'imposera au médecin, un seul traitement devra être appliqué. Je dis *un seul traitement*, parce que, jusqu'ici, nul autre que celui dont il va être question n'est à la fois aussi rationnel, ni aussi généralement sanctionné par l'expérience.

Ce traitement, cette pratique *consiste à porter sans autre délai la main dans la matrice, afin de tenter le décollement, puis l'extraction du délivre*. Quelle que soit votre répugnance pour cette opération, qui provoquera chez la patiente de cuisantes douleurs, vous ne devrez pas hésiter. En tel cas, il faut savoir mesurer le danger et régler sur sa gravité l'énergie de l'intervention.

D'ailleurs quel résultat pourrait-on espérer d'une plus longue expectation? Selon toute apparence, celle-ci aboutirait promptement au retrait de l'orifice utérin, à la reconstitution du col et, finalement, à l'impossibilité d'agir d'une façon directe sur le délivre. Bientôt alors, on verrait apparaître soit une hémorrhagie persistante, soit la putréfaction de quelques débris placentaires, soit plus probablement encore ces deux accidents réunis, et les jours de la malade se trouveraient ainsi gravement menacés.

P. Dubois a rapporté, dans une de ses leçons cliniques (1), le cas d'une femme accouchée en ville, et chez laquelle on avait attendu deux jours avant de tenter la délivrance. Cette malade, affaiblie par l'hémorrhagie qui avait succédé au décollement partiel du placenta, fut apportée à l'hôpital dans un état alarmant. Le chef de clinique d'abord, puis le professeur lui-même s'efforcèrent d'opérer l'extraction de l'arrière-faix. Mais l'épuisement des forces et la douleur causée par ces manœuvres répétées la firent succomber avant qu'on fût parvenu à détruire toutes les adhérences.

Feu le professeur Moreau a relaté un fait plus significatif encore (2); je le cite textuellement. « Une jeune dame, femme et belle-fille de médecins, accoucha fort heureusement d'un enfant bien portant : la délivrance ne se fit pas ; mais comme il ne se manifesta point d'accident, on ne vit aucun inconvénient à attendre, selon l'usage alors reçu ; le troisième jour, survint une légère hémorrhagie, qui fut attribuée à ce que le délivre commençait à se détacher ; on continua de temporiser. Plusieurs jours se passèrent ainsi, avec une perte peu considérable, mais continuelle. Le septième, on s'aperçut que la femme pâlisait, qu'il y avait de la faiblesse, et que le sang exhalait une mauvaise odeur : on se contenta de faire des frictions, des injections et de prescrire des remèdes insignifiants. Le huitième jour enfin, la malade paraissant épuisée, on nous appela. Nous la trouvâmes décolorée, avec le pouls faible et fréquent ; le ventre était douloureux, l'écoulement infect, le cordon ombilical pendant à la vulve, et l'utérus fortement revenu sur lui-même. Sans nous dissimuler la gravité du cas, nous procédâmes tout de suite à la délivrance, qui fut effectuée avec peine. Le placenta avait contracté, dans les deux tiers de son étendue, des adhérences que nous détruisîmes peu à peu ; la partie adhérente était

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1858, p. 257.

(2) Moreau, *Traité des accouchements*, 1844, t. II, p. 414.

fraîche comme chez une personne récemment accouchée, mais la partie libre était putréfiée. Malgré ce secours, la femme succomba trente heures après. »

(A suivre.)

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

Traitement à suivre dans les positions difficiles de la tête en occipito-postérieure (observations fondées sur vingt-six cas). — Mémoire lu devant la Société d'obstétrique d'Edimbourg par le Dr **Angus Mac-Donald**.

Une chose à remarquer dans les cas de cette position, occipito-postérieure gauche, qui selon mon expérience sont devenus difficiles, c'est qu'ils se terminent beaucoup plus fréquemment que les positions correspondantes de la droite la face étant tournée vers le pubis ; ceci me conduit à dire que, comme je l'ai fait remarquer précédemment, quoique la grande majorité des positions occipito-postérieures de la tête se termine naturellement, souvent la longue rotation est si apte à manquer, qu'une proportion considérable de ces cas a besoin d'être aidée par l'instrument.

De plus, ces cas se divisent eux-mêmes eu égard à leur terminaison en :

1° Cas qui se terminent par la position originelle occipito-postérieure devenant exagérée (le front et le sourcil de l'enfant sont écrasés entre le corps et les branches descendantes de l'un ou l'autre des os pubiens, et le vertex et l'occiput glissant en dernier lieu sur le périnée), ce sont les cas de « face to the pubes » des vieux auteurs. Ceci cependant n'arrive, selon mon expérience, que dans une proportion de 25 0/0.

2° La rotation a lieu tandis que l'opérateur fait les tractions et cela est purement le résultat des conditions mécaniques au détroit du bassin, dépendant peu et même pas du tout des efforts volontaires rotatoires de la part de l'opérateur.

Mais si les parties molles de la mère sont étroites et non élastiques, cette rotation est essentiellement apte à les lacérer à la vulve, en rejetant le forceps dans une position oblique, contre les conséquences funestes de laquelle l'opérateur doit être en garde.

Aussi loin que va mon expérience, elle paraît arriver à la conclusion que, soit qu'un cas difficile de cette espèce se termine la face vers le pubis ou par la rotation de l'occiput en avant, si le cas est terminé

instrumentalement, ce qui dépend beaucoup de la période à laquelle les instruments sont appliqués.

S'ils sont appliqués comparativement de bonne heure dans le travail, nous avons la rotation à l'entrée; si comparativement à la dernière période du travail, nous voyons le cas se terminer sans rotation.

Laissez-moi maintenant brièvement analyser le rapport de vingt-six cas de présentations difficiles occipito-postérieures que j'ai délivrés avec le forceps pendant les deux ou trois dernières années, soit dans ma pratique particulière, soit dans mon dispensaire ou autrement.

De ces 26 cas, 6 se terminèrent la face vers le pubis, tandis que 20 subirent la rotation normale de l'occiput en avant, et se terminèrent de la manière ordinaire par l'extension de la tête au-dessous de la symphyse pubienne sous l'influence de la traction seulement.

Je dis expressément *sous l'influence de la traction seulement*; car je n'ai jamais employé la moindre force dans le but de favoriser le mouvement de rotation, et en vérité, j'ai souvent désiré pouvoir le retarder jusqu'à ce que je pusse retirer le forceps.

De ces 26 cas, 8 ou près d'un tiers se présentait avec l'occiput vers la symphyse sacro-iliaque gauche, et de ces 8, 4 ou 50 0/0 se terminèrent sans réduction.

De ces 18 cas qui présentaient l'occiput vers la symphyse sacro-iliaque droite, deux seulement se terminèrent la face vers les pubis.

De ces 26 cas, 12 ou 46 0/0 arrivèrent chez des primipares, de sorte qu'en eux nous avons à combattre la rotation défectueuse en même temps que des parties molles dans un état de rigidité considérable.

De ceux qui se terminèrent la face vers les pubis, 4 appartenaient à des primipares et 2 à des multipares. Parmi ces 6 cas il n'y en eut qu'un, et cela chez une multipare, dans lequel il y eut une très-légère déchirure des parties molles.

Dans ce cas la déchirure, qui n'avait rien de sérieux, affectait la paroi postérieure du vagin sans intéresser les tissus du périnée, et eut lieu à un endroit où le forceps ne pouvait atteindre. Cela se guérit bientôt et ne causa jamais le moindre inconvénient.

Les résultats des cas où la rotation eut lieu m'ont fort déçu. Je ne veux pas dire que les résultats furent malheureux; car sur ces 26 cas, un seul se termina par la mort de la mère, et cela, j'en suis certain, ne pouvait être attribué à l'application du forceps. Pour que les membres de cette société puissent être renseignés sur ce point, je raconterai ce cas au long dans le cours de ces notes. Comme c'est un

cas typique de la difficulté dont je me plains, ils seront par là plus capables de comprendre sur quoi je base mon opinion quant aux difficultés que l'on rencontre dans le traitement de ces cas.

Je suis maintenant porté à croire que les déchirures du tiers inférieur du vagin, dans les délivrances par le forceps, sont beaucoup plus communes qu'on ne pourrait le croire, si on formait son opinion seulement dans les livres anglais ordinaires. Mais il est nécessaire aussi de noter que par déchirures du vagin, je ne veux pas dire celles de la fourchette ou périnée qui peuvent arriver à un plus ou moins grand degré dans presque tous les premiers cas. Au contraire, je parle de la solution de continuité de la muqueuse vaginale dans d'autres parties de sa circonférence que dans la ligne médiale postérieure.

Pendant un moment de ma pratique d'accouchements, je trouvai rarement ou jamais des lacérations, incisions ou abrasions de la muqueuse vaginale après opération. Mais aujourd'hui, après avoir eu mon attention attirée plus fortement sur ce sujet par un ou deux de ces cas ennuyeux, et aussi en trouvant des exemples corroboratifs de mes opinions dans plusieurs auteurs allemands, particulièrement dans Schröder, je dois avouer que je rencontre rarement un cas modérément difficile d'application de forceps chez une primipare, sans que je sois capable de découvrir une boutonnière, abrasion, ou même quelque déchirure plus sérieuse dans le vagin.

Je ne puis m'accuser d'opérer avec moins de soin et j'ai même conscience que c'est le cas contraire, et je crois aussi que mon expérience et mes connaissances augmentant, ne peuvent diminuer mon adresse dans l'emploi du forceps ; mais après chaque application de forceps quelque peu difficile, j'ai maintenant l'habitude de soumettre le vagin à un soigneux examen avec les doigts, ce que je ne pratiquais pas autrefois. Par ce principe j'explique la différence entre mon expérience passée et la présente.

Heureusement, cependant, ces abrasions ou boutonnières amènent rarement des résultats graves. Ayant égard cependant à la facilité avec laquelle les femmes enceintes deviennent victimes de toutes sortes d'influences putréfiantes, on voudrait éviter autant que possible ces solutions de continuité. Maintenant revenons à l'étude du traitement spécial de ces deux terminaisons séparément. J'espère que la société me pardonnera, si pour rendre la chose plus claire, je parcours brièvement les points principaux dans le mécanisme d'un cas qui se termine la face vers les pubis

Supposons la tête dans le diamètre oblique gauche et près du plancher du bassin. L'occiput, au lieu de s'avancer en bas et en avant de la région sacro-iliaque gauche, de manière à passer en avant de gauche à droite successivement, dans le transverse, puis dans l'oblique droit et après sous la branche gauche descendante des pubis, tandis que le front glisserait de droite à gauche en arrière sur le côté droit du bassin, jusqu'à ce qu'il eût gagné le creux du sacrum, se tient encore en arrière et en vérité, jusqu'à un certain point, tourne dans une position tout à fait opposée, devenant par là presque au milieu de la ligne médiane du sacrum, mais jamais complètement.

Le front, d'un autre côté, tourne légèrement de droite à gauche abandonnant la région ovale droite et venant s'appuyer sur le corps du pubis droit, et aussi sur la partie supérieure de sa branche descendante. Par ce mécanisme, ou plutôt par ce manque de mécanisme, la tête de l'enfant s'engage, présentant son grand diamètre fronto-occipital dans le diamètre oblique de la sortie du bassin, au lieu de présenter le diamètre occipito-bregmatique qui est moindre et qui se présente ordinairement à la sortie, dans les cas ordinaires de présentation du vertex, quand la tête subit l'extension normale avec rotation de l'occiput en avant. Il suit de cela qu'il doit rencontrer une résistance croissante et cela est. La grande résistance ainsi présentée à l'avant de la tête est telle qu'elle imprime un type spécial à la tête de l'enfant né dans ces conditions.

En conséquence, on trouve que si le travail est prolongé, tandis que la tête est située comme je viens de le dire, il devient remarquablement court quand la tête est placée dans la direction fronto-occipitale et élevée dans la région bregmatique donnant à la tête de l'enfant, si on l'examine immédiatement après le travail, une apparence très-curieuse et même singulière. En vérité, la tension à laquelle la tête fœtale est exposée dans de telles situations est si grande, qu'accidentellement, comme je l'ai vu moi-même, un large *céphalématôme* est formé sur la fontanelle antérieure.

Si nous examinions maintenant un cas semblable pour la première fois, nous trouverions que la fontanelle antérieure était facilement atteinte et immédiatement derrière la symphyse pubienne, seulement un peu plus à droite qu'à gauche de la ligne médiane, tandis que la suture sagittale presque antéro-postérieure, mais inclinant légèrement à gauche vers l'extrémité postérieure, alors que la fontanelle postérieure serait atteinte avec une très-grande difficulté.

Si maintenant les douleurs sont très-fortes et la tête pas trop grosse, le front reste fixé contre le corps du pubis droit et la branche descendante du pubis droit, au lieu que l'occiput est graduellement poussé en bas sur la partie inférieure du sacrum, du coccyx et du périnée. Dans le cours de cette progression de l'occiput, il s'ensuit que nonobstant le soulagement obtenu par le raccourcissement du diamètre occipito-frontal sous l'influence des douleurs, la grande masse de la tête de l'enfant doit agir de manière à distendre excessivement le périnée, d'autant plus que la tête est incapable d'avancer en haut et en avant, comme fait l'occiput quand il s'échappe de dessous la symphyse et ainsi allège la tension du front lorsqu'il passe sur le périnée dans les cas ordinaires de présentation du vertex. Si cependant l'occiput avance graduellement sous l'influence de contractions modérées et que le périnée ne se déchire pas, premièrement la marche du vertex et ensuite l'occiput arrivent sur le bord antérieur du périnée; après quoi le front et la face de l'enfant, qui jusque-là avaient été étroitement implanté derrière les os pubiens, sont relâchés et sont capables de glisser en bas et en avant. La sortie de la tête est, de cette manière, complétée par un mouvement d'extension. Le mouvement appelé de restitution est, dans ce cas, tel qu'il oblige la tête de l'enfant de regarder la cuisse droite de la mère et ramène l'épaule droite en avant, sous la symphyse pubienne au lieu que la gauche glisse sur le périnée.

L'accomplissement de ce mécanisme naturel suppose une petite tête et un large bassin, conditions qui ne se sont réalisées que rarement dans ma pratique, quoique je les aie rencontrées quelquefois. Dans ces circonstances naturellement aucune difficulté réelle ne peut arriver, et le devoir de l'accoucheur est de ne se mêler de rien.

Je suis conduit par ce que j'ai observé dans de tels cas, à croire que nous nous rencontrons rarement avec cette espèce de mécanisme, ou plutôt absence de mécanisme dans des bassins larges et bien faits avec des têtes d'une grosseur normale; parce que, dans de telles conditions, les cas occipito-postérieurs complètent la rotation normale de la tête en avant et les cas se sont terminés sans intervention. La face vers les pubis, rarement ou jamais, ne doit se présenter. Cela se présente presque invariablement dans les cas où la tête est disproportionnée avec le bassin, ou quand on a lieu de croire que le bassin est défectueux dans sa conformation ou trop large dans le diamètre transversal; de sorte que, à de rares exceptions, j'ai trouvé absolument

nécessaire d'employer le forceps avant que la tête puisse émerger du diamètre oblique au plancher du bassin osseux.

Pour ces raisons aussi, je crois qu'il n'est pas d'une bonne pratique d'employer les instruments pour abaisser l'occiput ou favoriser sa rotation en avant, car j'ai expérimenté que cette rectification est impossible, ou que quand elle est faite pendant l'existence des causes originelles qui y ont donné lieu, elle ne peut se maintenir.

Mais, pour parler ainsi, je veux me restreindre aux cas réellement difficiles. Je ne veux pas avancer que des déplacements ne puissent arriver de nature à retarder le travail quand la tête est très-petite et le bassin très-large, et qui puissent être en même temps rectifiés. Le cas d'une tête demi-oblique déjà relaté est un exemple de l'espèce que je veux dire, et le compte-rendu suivant se rapporte à un cas d'une nature quelque peu semblable.

M^{me} M. devint en travail au terme de sa grossesse le 8 décembre 1873. Les premiers symptômes furent la rupture des membranes à six heures du soir ; ceci fut suivi de douleurs légères pendant trois heures, qui augmentèrent de force et de fréquence. Elle fut examinée à dix heures et demie. L'orifice utérin était mou, dilatable et presque dilaté. La tête se présentait, mais on observa qu'elle était très-petite et située obliquement. L'occiput était tourné vers le côté gauche du bassin maternel. La petite fontanelle (occipitale), un peu postérieure à la plus grande aussi bien qu'à un niveau plus élevé. Mais la tête de l'enfant était fortement tournée vers l'épaule droite, de sorte que le pariétal gauche se présentait, le droit étant derrière la symphyse pubienne et la suture sagittale passant derrière et dessous l'arcade pubienne. La plus grande fontanelle était au tiers supérieur de la branche ischio-pubienne droite. Seulement une petite portion de la partie supérieure du pariétal droit pouvait être sentie, quoique le côté gauche de la tête fût poussé bien en bas, de manière à occuper le creux du sacrum.

Dans cette position, la tête resta près d'une heure sans faire de progrès sensibles. J'introduisis alors les deux premiers doigts de la main droite, l'index et le médus, de manière à saisir l'occiput et, le tirant en bas et en arrière et ensuite en avant dans l'intervalle de deux douleurs, je réussis presque complètement à détruire l'obliquité latérale. Le pariétal droit descendit et l'occiput tourna en avant vers la symphyse pubienne. Je le tins là jusqu'à ce qu'une douleur survint et

fixât la tête sur le périnée. Deux autres douleurs complétèrent l'expulsion de la tête, l'enfant était petit, chétif et mort-né.

Ce que je maintiens, c'est que dans de tels cas, la rectification est si facile, qu'ils ne valent pas la peine d'être appelés cas difficiles, quelques douleurs fortes de plus termineraient l'accouchement sans intervention.

Une de mes raisons principales pour désirer attirer l'attention de la Société, est que je suis fortement convaincu que le professeur Leishman, dans son ouvrage (que je n'ai pas d'hésitation à reconnaître comme premier ouvrage d'accouchement en langue anglaise), recommande plus librement que je ne suis disposé à l'admettre, les méthodes de traitement qui ont pour objet la rectification de la position de la tête dans les présentations occipito-postérieures, au moyen de leviers, forceps, etc. Je suis persuadé que, dans presque tous les cas, dans lesquels les conditions sont de nature à déterminer une présentation du front en avant, les essais de rectification seront infructueux. Cette manière de voir, continuant à être professée, je ne puis voir sans effroi la dissémination parmi les étudiants de cette idée, que l'emploi des instruments leviers et autres peut être fait librement pour ramener l'occiput en bas et en avant.

On est cependant peu disposé à discuter des questions enveloppées dans une telle difficulté que le mouvement de rotation de la tête fœtale. Si ce n'était pas pour les maux qui peuvent survenir aux malheureuses, chez lesquelles ces irrégularités surviennent, et qui donnent lieu à des interventions intempestives et dangereuses, j'aimerais n'en pas parler. Tandis que je n'ai jamais rencontré un cas véritablement difficile de position occipito-postérieure dans lequel il me parût la moindre chance de rectification au moyen de la main ou du levier, et à une époque de ma pratique, j'avais l'habitude d'essayer de rectifier avec la main; d'un autre côté, je n'ai découvert aucun résultat fâcheux de l'application du forceps, même dans les cas qui terminèrent la position de *la face* en avant, soit dans ma pratique, soit dans celle des autres que j'ai vue. De plus, je ne pense pas qu'il y ait ici autant de risque pour le périnée que quelques écrivains voudraient nous le faire croire; sans doute le périnée est très-distendu, mais presque tout risque de rupture dans ce cas peut, je le pense, être évité par une conduite judicieuse. Quand un tel cas arrive dans ma pratique, je ne laisse jamais la tête être complètement extraite avec le forceps; mais, après l'avoir descendue avec l'instrument, assez pour me permettre de diriger l'occiput

avec le doigt dans le rectum, je retire les branches du forceps et permets aux douleurs, qui ordinairement deviennent faibles, d'expulser la tête. Mais, si les contractions sont trop faibles ou si le périnée est en grand danger, j'essaie d'amener la tête sur le périnée en l'absence de toute contraction utérine, selon la méthode de Von-Ritgen.

Le forceps a toujours, dans mon expérience, été capable d'effectuer une délivrance, et seulement dans une circonstance, il y eut une déchirure vaginale, digne de ce nom. et encore ce n'était que de la membrane muqueuse de la paroi postérieure, n'intéressant ni le rectum, ni le périnée; la guérison fut prompte, comme je l'ai déjà dit. Des cas sérieux de cette présentation conduisent sans doute parfois à l'emploi de la craniotomie, mais heureusement, je n'ai pas encore rencontré un cas que je n'aie pu réduire par l'emploi du forceps.

(A suivre.)

Statistique du service obstétrical de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres.

Le compte-rendu suivant donne des détails sur les faits qui se sont passés dans ce service depuis le 6 décembre 1871 jusqu'au 3 décembre 1872.

Dans le cours de l'année, 920 accouchements furent observés. Parmi eux il y eut 10 cas d'accouchements gémellaires, ce qui fait que le nombre total des enfants s'éleva à 930.

De ces 930 enfants, 892 naquirent vivants et 38 mort-nés, soit 4,26 pour cent. Dans les trois années précédentes, la proportion des enfants mort-nés avait été respectivement de 4,32, 3,03 et 4,73, n'atteignant ni dans l'une ni dans l'autre année le chiffre de 5 0/0 qui est considéré dans les statistiques de certains auteurs comme le plus habituel.

Sur ces 892 enfants, il y eut 464 garçons et 428 filles.

Sur les 38 mort-nés, il y eut 24 garçons et 14 filles, soit une proportion de 170 0/0. Dans aucune année, la proportion ne s'est abaissée jusqu'à 40 0/0, chiffre considéré par sir J. Simpson comme le plus ordinaire. En effet, l'année dernière (1870), la proportion s'est élevée à 180 0/0 et l'année précédente elle avait été de 160 0/0.

Le tableau suivant indique les particularités qui se rapportent aux 38 enfants mort-nés.

Accouchement naturel.....	6
— languissant.....	4
— prématuré.....	5
Présentation de l'épaule.....	5
— des pieds.....	3
— du siège.....	1
Procidence du cordon.....	1
Siège avec procidence du cordon.....	1
Bassin vicié (délivrance instrumentale).....	2
Insertion vicieuse du placenta.....	2
Hémorragie accidentelle.....	5
Accouchement naturel, mais la femme a reçu un coup dans le ventre dix jours avant...	1
Accouchement naturel, mais l'enfant a été expulsé, la poche amniotique n'étant pas rompue.....	1
Enfant anencéphale.....	1

 38

La proportion des morts comparativement avec les cas de présentation du pelvis est cette année moindre que d'habitude.

De ces 38 enfants mort-nés, 5 se rapportent à des présentations du siège ou des pieds et l'une d'entre elles se compliquait de la procidence du cordon.

Parmi les 10 naissances gémellaires, dans deux cas, les deux enfants furent des garçons; dans quatre cas, les deux enfants furent des filles, et dans les quatre derniers, les deux enfants furent fille et garçon.

Les 920 femmes accouchées en étaient :

141 à leur premier accouchement,

158	—	2 ^e	—
131	—	3 ^e	—
106	—	4 ^e	—
127	—	5 ^e	—
79	—	6 ^e	—
57	—	7 ^e	—
37	—	8 ^e	—
32	—	9 ^e	—
27	—	10 ^e	—
9	—	11 ^e	—
6	—	12 ^e	—
5	—	13 ^e	—
4	—	14 ^e	—
1	—	16 ^e	—

 920

La table suivante donne les particularités se rapportant à la présentation des 930 enfants :

Sommet	889
Siège.....	12
Epaule.....	8
Pieds.....	6
Front.....	4
Face.....	2
Coude	3
Tête et main	2
Tête, pied et main.....	1
Tête et cordon.....	2
Siège et cordon.....	1

La proportion des cas de présentation du siège est beaucoup moindre cette année que l'année dernière et beaucoup moindre que d'habitude, 1 pour 77 cas, au lieu de 1 pour 59, proportion éditée par le Dr Churchill et admise par Tyler Smith et d'autres auteurs.

Le nombre des présentations de l'une des extrémités supérieures et de la main a été exceptionnellement élevé. Sur 430 enfants, 11 se présentèrent par l'épaule, le coude ou la main, indépendamment des 3 cas dans lesquels la main descendit en même temps que la tête. Cela donne la proportion de 1 pour 84,5 accouchements, tandis que la proportion habituelle donnée par le Dr Churchill est de 1 pour 232.

Les présentations de la face et du front réunis se rencontrèrent 1 fois sur 155 naissances. L'année dernière la proportion était de 1 pour 250.

Trois femmes succombèrent dans le cours de cette année, ce qui donne la proportion de 0,32 0/0. L'année dernière, le pourcentage avait été de 0,36 et l'année d'avant de 0,32. C'est une moyenne de mortalité qui ne peut être considérée comme favorable.

De ces 920 accouchements, 842 furent naturels, 49 furent anormaux, 20 furent compliqués, et 9 furent à la fois compliqués et anormaux.

Sur 32 cas anormaux, 12 appartiennent à des primipares et 20 à des multipares.

Parmi les cas qui se rapportent à des primipares, 7 fois les difficultés vinrent de la rigidité des parties molles, compliquées dans deux cas d'une présentation occipito-postérieure. Dans un cas la rigidité fut si considérable que l'on fut obligé de dilater la vulve avec une vessie pleine d'eau avant que le forceps pût être appliqué. Dans un second cas, au moment de la sortie de la tête, on fut obligé d'inciser les bords du périnée sur les deux parties latérales. Dans ces 2 cas, toute déchirure

ture fut prévenue. Dans 3 cas, sur les 5 primipares qui restent à examiner, les difficultés furent dues à un vice de conformation du bassin siègeant soit au détroit supérieur ou au détroit inférieur, ou à toute l'excavation. Enfin dans les deux derniers cas les difficultés provinrent d'une anomalie dans l'état de l'enfant, soit d'un excès général de volume ou d'une trop grande dureté, d'une excessive grosseur de la tête fœtale.

Des 20 cas qui se rapportent à des multipares, les difficultés de l'accouchement provinrent, chez 7 de ces femmes, à la dureté et à la grosseur inusitée de la tête fœtale, joint, dans 3 cas, à une position occipito-postérieure; dans 5 cas, à l'inertie utérine, et dans 4 cas au rétrécissement du détroit supérieur du bassin. Les 4 autres cas se rapportent chacun à une présentation du coude, une présentation du front, une rigidité du périnée, et à la procidence d'un pied et d'une main avec la tête.

Des 12 cas dans lesquels il y eut quelque complication, l'un se rapporte à une primipare chez laquelle survint un grave hémorrhagie après l'accouchement que ne purent arrêter les moyens ordinaires et où l'injection de perchlorure de fer fut employée. Cela fut fait et la malade se rétablit sans aucun symptôme alarmant.

Parmi les accouchements de multipares, dans 3 cas il y eut procidence du cordon.

Dans l'un, le cordon mesurait 37 pouces $\frac{1}{2}$; c'était une présentation du sommet et l'enfant naquit vivant. Dans le second cas, c'était une présentation du sommet et l'enfant vint mort; et dans le troisième cas, le bras se présentait et l'enfant naquit également mort. Trois fois il y eut une hémorrhagie grave après l'accouchement. Dans un cas où l'hémorrhagie commença un peu avant l'accouchement, en introduisant la main, on trouva le placenta inséré sur la zone cervicale. Deux cas présentèrent une hémorrhagie avant l'accouchement. Dans l'un, cet accident fut attribué à un coup reçu peu de temps auparavant, et l'autre appartient à une femme chez laquelle cet accident arriva sans cause connue; elle était à sa treizième couche. Dans ces 2 cas, l'hémorrhagie cessa par la rupture des membranes. Il y eut 3 cas de placenta prævia. Dans 2 cas où la tête se présentait, après les précautions d'usage, le forceps fut employé, une fois avec succès et dans l'autre sans succès eu égard à l'enfant, mais avec un bon résultat en ce qui concerne les mères. Dans le troisième cas, l'épaule se présentait et la version podalique fut faite; la mère et l'enfant se portèrent bien.

Des 7 cas dans lesquels il y eut des caractères anormaux avec des

complications, 2 se rapportent à des primipares et 5 à des multipares. Dans un des cas de primipare, le forceps fut employé pour un rétrécissement au détroit inférieur, et après la délivrance il y eut une hémorrhagie grave. Dans l'autre cas, le forceps fut également employé pour une insuffisance persistante des contractions utérines, et cette même inertie continuant après la délivrance, une grave hémorrhagie se déclara, qui, résistant aux moyens ordinaires, nécessita l'emploi des injections de perchlorure de fer.

Les 5 cas qui se rapportent à des multipares ont présenté chacun des faits différents et tellement pleins d'intérêts, que l'on ne saurait tirer quelque bénéfice d'un simple résumé.

En ajoutant au cas de mort par hémorrhagie détaillé plus haut, il y eut un cas de mort par péritonite puerpérale, et un à la suite de la provocation de l'accouchement prématuré artificiel.

(Obstetrical journal.)

Remarques pratiques sur une source peu connue de sang pour la transfusion après les hémorrhagies.

Elles ont été suggérées par un cas de mort récent, à M. William HIGHMORE, M. D., M. R. C. S., médecin en chef et chirurgien à *The Yeatman Hospital, Sherborne*.

La transfusion, quoique connue depuis bien des années comme un moyen d'une grande utilité, n'a été que rarement employée, à cause de l'impossibilité où l'on se trouve souvent de la mettre en pratique. Dans le cas heureux du D^r Aveling, ce fut le cocher qui consentit à fournir le sang. Dans l'exemple plus récent, rapporté par le D^r Barnes, ce fut le jardinier. Mais, dit M. Highmore, on n'a pas toujours un cocher ou un jardinier de commande; et, au moment où se trouve toute la famille autour de la mère sur le point de mourir, il est impossible de se procurer le sang nécessaire à la transfusion, même si on a l'appareil dans sa poche; aussi ce chirurgien recommande le moyen suivant, qui est fort original (si toutefois il est applicable), et auquel, malheureusement, *il n'a pensé qu'après la mort de sa malade*.

Il conseille de recueillir tout le sang qui provient de l'hémorrhagie utérine de la femme, de le défibriner et de le chauffer, sur de l'eau bouillante, jusqu'à la température voulue (fournie par le thermomètre clinique), et de l'injecter avec la seringue de Higginson et la pipe à transfusion. Ce ne serait, dit-il, que l'affaire de quelques minutes, et on

apporterait à la pauvre malade la seule chance de salut qui puisse lui rester. Il recommande cette méthode aux praticiens, et il est résolu à la mettre en pratique la première fois qu'il se trouvera en présence d'une hémorrhagie redoutable. (*Union médicale et The Lancet*, 17 janvier 1874.)

REVUE CLINIQUE.

Adhérence contre nature du placenta. — Altération particulière du tissu utérin chez une femme enceinte de huit mois. — Rupture d'un sinus. — Epanchement de 3 kilos 500 grammes de sang dans la cavité péritonéale. — Mort rapide de la femme. — Opération césarienne post mortem.

Mme N..., femme L..., âgée de 27 ans, blanchisseuse, entre à la Clinique le 22 octobre 1874. Elle est arrivée à la fin du huitième mois d'une troisième grossesse. Le premier accouchement s'est effectué chez elle et s'est terminé spontanément et par la naissance d'un enfant vivant, quoique le travail ait été un peu long. (L'enfant n'était pas gros.)

Une seconde grossesse commença dans les premiers jours de février 1869 (Les dernières règles avaient eu lieu le 22 janvier de la même année).

Dans la nuit du 29 octobre, une rupture prématurée des membranes se produisit sous l'influence de contractions utérines indolores et dont la femme ne se douta pas. Elle fut constamment mouillée pendant trois jours sans que le travail se déclarât, et ce ne fut que le dimanche 31 octobre qu'apparurent les premières douleurs.

Lorsqu'elle fut conduite dans mon service le 3 octobre dans la matinée, elle était accompagnée par son médecin qui me raconta que la veille dans la soirée, il avait administré 4 grammes de poudre d'ergot de seigle.

Au moment où j'examinai cette femme, il était 9 h. et demie du matin, le 3 octobre : il y avait alors 57 heures et demie que le travail était commencé. L'utérus était dur et contracturé : La plus légère pression y provoquait une véritable douleur. De temps en temps une petite exacerbation se produisait et le durcissement augmentait encore. La peau était chaude; le pouls petit et fréquent dépassait 100 pulsations par minute. Il était incontestable qu'une véritable fatigue existait déjà et qu'il était urgent de mettre un terme à cette situation. La tête qui était très-élevée était maintenue au-dessus du détroit abdominal, et je soupçonnai une conformation vicieuse du bassin. L'examen que je fis du squelette ne tarda pas à me confirmer dans cette manière de voir. La taille générale était au-dessous de la moyenne. Les tibias offraient une courbe insolite, beaucoup plus marquée du côté droit que du côté gauche. Les fémurs explorés se dessinaient plus que d'habitude par la saillie qu'ils formaient en avant et en dehors. J'avais incontestablement sous les yeux un bassin rachitique avec un détroit supérieur

sensiblement rétréci. Une petite portion du sommet augmentée par une bosse sanguine notable rendant difficile la mensuration exacte de ce détroit, je remis à un peu plus tard pour m'éclairer définitivement sous ce rapport. L'odeur fétide du liquide qui s'écoulait et l'absence complète des battements du cœur fœtal malgré plusieurs examens stéthoscopiques bien faits, ne me laissèrent aucune incertitude. L'enfant était mort et déjà depuis plusieurs heures.

N'ayant plus rien à ménager de ce côté, et ne songeant qu'à soustraire les parties de la femme à des compressions inutiles. Je me décidai à pratiquer immédiatement la perforation du crâne et à écraser ensuite la tête avec la céphalotribe. La première opération fut comme d'habitude chose fort simple : la seconde n'offrit non plus aucune difficulté comme application de l'instrument ; mais m'étant aperçu que la tête qui n'avait pas été suffisamment fixée avait un peu fui et n'avait pas été saisie assez haut, je retirai les branches que je réintroduisis en prenant mieux mes précautions. L'articulation une fois opérée, j'écrasai la tête ; la plus grande partie de la matière cérébrale s'écoula, et à l'aide de quelques tractions très-modérées, je fis l'extraction d'un enfant qui était très-volumineux, car il pesait 3,520 grammes sans la masse cérébrale. Il avait une longueur totale de 52 centimètres, sa mort remontait à un ou deux jours, car déjà l'épiderme s'enlevait avec une grande facilité. Avec lui sortit une assez grande quantité de liquide verdâtre très-fétide.

Avant de replacer la femme dans son lit, je procédai à la mensuration du bassin avec le doigt. Le diamètre sacro-sous-pubien avait 9 centimètres, ce qui me permit d'évaluer à 7 centimètres et demi le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

La délivrance offrit une complication sérieuse : le placenta, beaucoup plus adhérent que d'habitude, résista aux tractions ordinaires faites par l'intermédiaire du cordon, et quatre heures après l'extraction de l'enfant, il fallut introduire la main jusqu'au fond de la matrice et détruire des adhérences très-solides.

Malgré tout, les suites de couches furent assez simples, et après une quinzaine de jours passés à l'hôpital, la femme put quitter mon service parfaitement rétablie.

Selon mon habitude, je la prévins de ce que la conformation de son bassin offrait de defectueux ; je lui fis entrevoir les dangers qu'un nouvel accouchement à terme pourrait lui faire courir, et je l'engageai, si elle redevait enceinte à venir me retrouver vers 7 mois et demi.

Ma recommandation ne fut pas complètement perdue, car, ainsi que je l'ai déjà dit au début, quand elle revint à la Clinique le 22 octobre 1874, elle était arrivée à la fin de son huitième mois. Cette troisième grossesse n'avait offert, jusqu'à ce moment, rien qui mérite d'être signalé. Je l'examinai de nouveau au point de vue de la conformation de son squelette et des dimensions de son bassin ; naturellement je trouvai les choses dans l'état qui avait été constaté cinq ans avant et j'évaluai de nouveau à 7 centimètres et demi, le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur. Ce ne fut

qu'après cette mensuration que j'allai consulter l'observation relative à son dernier accouchement et que je pus constater que les résultats obtenus étaient identiques.

Quelques jours après son entrée dans mon service (le 27 octobre), voulant provoquer l'accouchement, j'introduisis à travers le col, jusque dans le segment inférieur de l'utérus, le tube excitateur de M. Tarnier et j'en distendis l'extrémité par une injection d'eau tiède, en suffisante quantité pour lui faire prendre le volume d'un œuf de poulette. Tout cela fut fait doucement, simplement, sans rencontrer la moindre difficulté, et sans que la patiente se plaignît. Il était alors environ 9 heures du matin, et ce ne fut que vers 4 à 5 heures du soir qu'apparurent quelques contractions utérines qui se reproduisirent toute la nuit en s'accompagnant de douleurs modérées assez fortes cependant pour empêcher tout sommeil.

Le lendemain 28, à ma visite du matin, les douleurs continuent. Par le toucher, je m'assure que le tube ne s'est pas déplacé et aussi que le col n'a subi aucune modification; il a encore toute sa longueur et ses deux orifices. D'après mes conseils la femme quitte son lit dans la journée et se promène un peu dans la salle. Les douleurs s'accroissent et continuent toute la nuit. A 5 heures du matin (le 30), en se levant pour uriner, elle s'aperçoit que le tube a quitté les parties génitales. Au moment de ma visite, je constate que l'orifice interne s'est un peu ouvert et que la partie supérieure du col commence à s'évaser. Les contractions continuant, je ne remets pas le tube et j'annonce aux élèves que si le travail se ralentit, j'introduirai un morceau d'éponge préparée.

Peu de temps après ma visite, vers 11 heures environ, la femme descendit de son lit et presque aussitôt elle ressentit dans le ventre une douleur beaucoup plus vive que les autres et qui prit bientôt une telle intensité et une telle continuité, qu'elle dut se remettre dans son lit. On ne tarda pas à reconnaître que son visage pâlisait; une sueur froide et visqueuse apparut tout à coup sur le corps. Elle se plaignit d'éblouissements et de tintements d'oreille. Elle eut des défaillances continuelles; les extrémités se refroidirent, le pouls devint petit, rapide, irrégulier; l'état syncopal s'accrut. L'abdomen toujours extrêmement douloureux, augmenta sensiblement de volume et se tendit. Tous ces accidents allèrent en augmentant et la mort survint à 1 heure et demie du soir.

Je n'ai pas besoin de dire que pendant tout le temps que dura ce cruel spectacle, cette pauvre malheureuse fut entourée et reçut tous les soins possibles. La sage-femme en chef de l'hôpital, mon chef de Clinique ne la quittèrent pas. Prévenu moi-même j'accourus, mais il était trop tard. La mort venait d'avoir lieu et M. de Soyre dans l'espoir de sauver l'enfant avait pratiqué l'opération césarienne. Mais celui-ci avait succombé et cette dernière ressource ne lui fut même pas profitable. Il était déjà très-gros, car il pesait 3,700 grammes.

Lorsqu'en pratiquant rapidement son opération M. de Soyre eut pénétré dans la cavité abdominale, il s'écoula 1 kilogramme de sang avant qu'on eut incisé l'utérus.

Autopsie faite le lendemain 31 octobre, deux heures après la mort. Je dirai d'abord que les dimensions de ce bassin rachitique étaient bien celles que j'avais constaté deux fois pendant la vie à neuf ans d'intervalle. Le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur offrait exactement 7 cent. et demi.

Je retrouve dans la cavité péritonéale deux kilog. de sang en caillots, ce qui joint au kilogramme dont il a été déjà parlé, porte à trois kilogrammes au moins le sang qui a été perdu. Je dois dire que ce n'est pas par à peu près que cette quantité a été évaluée : nous avons pesé. J'ajoute, en outre, qu'une certaine quantité s'est perdue dans les linges et que je n'exagère rien en portant à sept livres la totalité.

Mais quel vaisseau lésé avait pu fournir à une hémorrhagie aussi considérable? Je ne dois pas oublier de dire que pas une goutte de liquide ne s'était écoulée par le vagin. Après avoir bien nettoyé la cavité abdominale, tous les viscères étant en place, on remarquait l'utérus avec sa forme normale et placé à peu près sur la ligne médiane. Sur sa face antérieure se voyait une incision de 8 à 9 centimètres qui avait permis l'extraction de l'enfant. Comme le délivre avait été laissé en place, le volume de l'organe était encore assez considérable, et s'élevait, par son fond, à deux grands travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Après avoir constaté que les gros vaisseaux de l'abdomen étaient intacts, je revins à l'utérus et il fallut l'examiner avec soin pour reconnaître dans la partie la plus élevée de son fond, une toute petite solution de continuité qui n'avait pas plus de 5 à 6 millimètres d'étendue. Je pensais alors que pour bien étudier cette pièce dont l'importance se révélait il fallait en faire l'ouverture de l'intérieur à l'extérieur.

J'ouvris largement la matrice en ménageant le placenta qui était encore complètement adhérent; puis le décollant par un bord j'arrivai à la solution de continuité. Ses adhérences au tissu utérin me parurent partout plus fortes que dans l'état normal, mais elles devenaient surtout très-intimes à mesure qu'on se rapprochait de la perforation. Là dans une étendue à peu près circulaire et dans un diamètre de 3 à 4 centimètres, le tissu utérin et le tissu placentaire étaient presque impossibles à séparer. L'amincissement de la paroi utérine en ce point était très-remarquable; il allait en augmentant tellement qu'au pourtour de la petite solution de continuité, c'est à peine si la paroi conservait 1 ou 2 millimètres. Aucune quantité de sang n'existait entre le placenta et la paroi utérine.

En examinant de plus près, je ne tardai pas à reconnaître qu'un gros sinus utérin passait en ce point et que sa paroi externe ou péritonéale offrait une petite déchirure qui avait compris la partie correspondante du péritoine. L'existence de ce sinus a été mise hors de doute par une injection colorée. Dès ce moment, tout s'expliqua pour moi : je compris que ce vaisseau, soutenu à sa face interne par le placenta, avait cédé du côté de la tunique péritonéale, qui constituait une barrière bien fragile pour le protéger. Ces détails anatomo-pathologiques connus, l'explication de la mort de cette femme ne présente plus aucune difficulté; une seule chose pourrait étonner, c'est qu'il eût fallu deux heures et demie pour que ce triste

résultat se soit produit. On le comprendra, cependant, si on réfléchit que l'écoulement n'a pu se faire à plein jet à cause de la résistance des parois abdominales et la compression exercée par les organes voisins, circonstances qui ont dû forcément modérer l'épanchement du liquide.

Mais si la source de l'hémorrhagie est incontestable, quel état pathologique a conduit à cette singulière régression utérine qui a marché jusqu'au point de faire presque disparaître, dans une partie circonscrite, le tissu propre de l'organe? L'examen histologique de la pièce pouvait seul donner une solution satisfaisante, et je l'ai confié à M. le Dr Lateux qui m'a remis la note suivante :

« L'utérus, dont la paroi est extrêmement amincie au niveau du point de la rupture, présente les altérations suivantes :

« A l'examen microscopique, les fibres lisses prises au pourtour de la perforation offrent quelques granulations graisseuses, et les noyaux allongés caractéristiques sont remplacés partiellement par des noyaux ronds ou ovaires, laissant apparaître des granulations par le traitement à l'acide acétique. Ces noyaux sont groupés par flots en certains points.

« Au niveau de la rupture, les éléments histologiques se laissent plus facilement dissocier que dans les régions normales de l'organe. On remarque en ce point un caillot de fibrine stratifiée.

« Les fibres lisses prises dans un point éloigné de la rupture sont normales.

« Le tissu placentaire, normal d'ailleurs, était concrétionné dans la partie profonde de la face fœtale correspondant à la rupture. Les vaisseaux de certaines villosités présentent quelques dilatations variqueuses. »

Cette observation m'a paru intéressante à plus d'un titre, et je demande la permission de la faire suivre de quelques courtes réflexions. Je ne dirai qu'un mot à l'occasion du vice de conformation que présentait le bassin : l'issue favorable du premier accouchement laissa cette femme dans une sécurité complète quand vint la seconde grossesse. Cette sécurité fut partagée par le médecin qu'elle appela et qui, ne se doutant de rien parce qu'il n'examina pas, la laissa pendant près de trois jours en travail, exposée aux dangers les plus sérieux, et se contenta de lui administrer du seigle ergoté, alors qu'une autre intervention eût été de beaucoup préférable. Je ferai remarquer combien il importe de tenir compte des déformations rachitiques des membres inférieurs qui coïncident presque toujours avec d'autres déformations du bassin. J'ajoute enfin que ce cas est un nouvel exemple de la précision avec laquelle on peut, avec le doigt, arriver à déterminer l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal.

Mais l'intérêt réel de cette observation se trouve surtout dans l'altération insolite d'une portion du tissu utérin, altération qui a eu des

conséquences si fatales ! Et d'abord, à quel genre de lésion avons-nous eu affaire ? Les résultats de l'examen histologique indiquent que la fibre utérine était le siège d'un travail inflammatoire qui en avait déjà profondément altéré la structure. C'est sans doute à ce travail, qui durait depuis longtemps, qu'il faut rapporter la disparition progressive du tissu propre, disparition qui avait créé, dans ce point de la matrice, une disposition telle, que le gros sinus qui le traversait n'était soutenu que par le péritoine, du côté du ventre. Du côté de la cavité utérine, il trouvait un renfort beaucoup plus efficace dans le placenta qui était, comme on l'a vu, très-adhérent à ce qui restait du tissu de la matrice.

Il ne me paraît pas du tout déraisonnable de supposer que ce travail destructeur avait dû commencer dans le cours de la grossesse précédente. On se souvient, en effet, qu'une adhérence contre nature du placenta rendit la délivrance difficile. La femme se rétablit, mais elle conserva probablement un amincissement de cette portion de son utérus. Le travail inflammatoire ayant recommencé à l'occasion de cette dernière grossesse eut plus facilement raison de ce qui restait du tissu propre, de nouveau redevenu malade. Pour mon compte, je trouve cette explication très-acceptable, et je la préfère à l'hypothèse qui consisterait à admettre une anomalie dans la situation de ce sinus, qui se serait trouvé exceptionnellement placé sous le péritoine. Dans cette manière de voir resterait encore à expliquer les modifications profondes que l'examen microscopique a permis de constater dans la structure des fibres lisses, aussi bien que leur disparition presque complète du côté de la surface placentaire.

Quant à la cause déterminante de la rupture du sinus et du péritoine, je n'hésite pas à la rapporter aux contractions utérines et j'ai à peine besoin de dire que ce n'est pas parce qu'elles ont été provoquées qu'elles ont eu ce résultat. Les contractions qui se seraient déclarées spontanément, si on avait pu attendre le terme de la grossesse, auraient, cela est à peu près certain, entraîné les mêmes conséquences.

Quoi qu'il en soit, cette observation m'a paru des plus intéressantes. Pour mon compte, je n'avais jamais rien vu de semblable : le souvenir de mes lectures ne rappelle rien d'analogue, et c'est pour cela que j'ai cru utile de rapporter ce fait avec tous les détails qu'il comporte. J'ajoute, en terminant, que la pièce pathologique a été soumise par moi à l'examen de mes collègues de la Société de chirurgie.

DEPAUL.

Vice de conformation du bassin. — 72 heures de travail. — Applications multiples de forceps. — Craniotomie. — Mort.

Le jeudi 10 décembre 1874, à six heures du soir, la femme L..., âgée de 40 ans, couturière, était amenée de Rosny-sous-Bois à la Clinique d'accouchements.

Cette femme, très-intelligente et très-énergique, nous raconta ce qui suit :

Elle a eu déjà quatre enfants à terme qui sont vivants (3 filles et 1 garçon). Les quatre accouchements furent parfaitement naturels et le travail même n'aurait jamais excédé dix heures. Il faut ajouter que les enfants étaient petits.

Devenue veuve après la naissance du quatrième enfant, elle se remaria. Bientôt eut lieu une nouvelle grossesse. La dernière apparition des règles eut lieu le 8 février 1874, et bientôt survinrent les phénomènes sympathiques de la gestation. En dehors de quelques nausées pendant les premiers mois, il n'y eut aucun accident pendant la grossesse.

Le lundi 7 décembre, à neuf heures du soir, apparurent les premières douleurs qui amenèrent immédiatement la rupture des membranes. Toute la nuit se passa sans sommeil, car les douleurs étaient et assez vives et fréquentes. Le mardi matin elle fit appeler le Dr D..., qui constata que l'enfant se présentait par le sommet et prévint la parturiente qu'elle avait un bassin étroit et que, de plus, l'enfant était volumineux. La journée du mardi se passa dans l'expectation, ainsi que la nuit suivante. Les contractions devenant moins intenses, le Dr D... tenta, le mercredi matin, une application de forceps. Cet instrument étant introduit articulé, des tractions très-fortes furent faites, mais les cuillers lâchèrent prise. Le soir, nouvelle application de forceps sans aucun résultat. Les douleurs furent très-intenses la nuit suivante, et le jeudi matin, les souffrances de cette femme étaient telles, qu'elle supplia le médecin de la délivrer quand même. Il tenta encore dans la journée deux applications de forceps sans pouvoir réussir à extraire l'enfant. C'est alors qu'il conseilla d'amener cette femme à la Clinique.

A son arrivée à la salle d'accouchements, voici ce que l'on constata :

L'état général de prime abord paraît assez bon, la dépression morale, si communément observée dans ces cas, n'existe pas, il y a plutôt une légère surexcitation, mais le visage est coloré, la peau est chaude et sèche et le poulx bat 120 fois par minute (1). Le ventre est très-développé et à travers la paroi abdominale se dessinent deux tumeurs qui occupent toute la cavité. L'une, dure, et qui donne un son mat à la percussion, est constituée par l'utérus qui est incliné à gauche; l'autre, qui siège à droite, est constituée par la masse intestinale; par la percussion pratiquée à ce niveau, on obtient

(1) Les membres inférieurs qui sont le siège de quelques varices présentent une légère incurvation.

une résonnance exagérée qui indique que les intestins sont très-distendus par le gaz.

Bien qu'on n'eût point administré de seigle ergoté, il est impossible de pratiquer le palper, l'utérus étant pour ainsi dire en état de contraction permanente.

L'auscultation fait entendre les battements du cœur de l'enfant à droite de la région sous-ombilicale. Mais le rythme des bruits du cœur est profondément troublé, de plus ces derniers sont très-lents.

Par le toucher vaginal on arrive très-facilement sur le sommet, mais il existe une bosse séro-sanguine tellement développée, qu'il est extrêmement difficile de distinguer les sutures et les fontanelles; cependant on croit reconnaître les caractères de la fontanelle postérieure à droite, surtout en touchant avec la main gauche (1).

M. le professeur Depaul, après avoir fait administrer du chloroforme à la malade, fit une application de forceps; après quelques tractions énergiques restées sans effet, on constata que les bruits du cœur du fœtus ne s'entendaient plus. Alors, sans retirer l'instrument, la tête étant toujours saisie entre les cuillers, M. Depaul pratiqua la craniotomie à l'aide des ciseaux de Smellie. Bientôt la substance cérébrale s'écoula en grande abondance, les manches du forceps furent alors rapprochés et maintenus à l'aide d'un lacet, afin d'augmenter la compression des cuillers sur la tête, puis quelques fortes tractions suffirent pour extraire l'enfant. Ce dernier, du sexe masculin, pesait, sans substance cérébrale, 2,920 grammes.

La délivrance fut naturelle. Immédiatement après l'accouchement, M. Depaul pratiqua le toucher mensurateur et trouva que le diamètre sacro-sous-pubien mesurait environ 10 centimètres.

La malade se réveilla bientôt et fut très-heureuse d'être délivrée.

La nuit fut calme.

Le lendemain matin 11 décembre, l'état général paraissait aussi satisfaisant que possible; le ventre était souple et peu douloureux à la pression. Le pouls était à 96 et la température à 38°. Les membres inférieurs seuls semblaient être paralysés au point de vue de la motilité; la sensibilité était conservée. La miction n'ayant pas eu lieu, on pratiqua le cathétérisme; l'urine extraite était normale. — Traitement: Potage, bouillon; eau vineuse pour boisson; lotions avec l'eau de guimauve sur les parties génitales externes qui étaient légèrement œdématisées.

Le soir, même état. — Pouls 104. Temp. 38°,6.

Le 21. A la visite du matin, l'état général est moins bon; il n'y a pas eu de sommeil pendant la nuit; le ventre est ballonné, très-sensible, surtout à droite; la peau est très-chaude. — Pouls 120. Temp. 39°. — Traitement: 8 sangsues au niveau de la fosse iliaque droite; onctions sur le ventre avec la pommade belladonnée; cataplasmes en permanence. — Potion avec 2 gr. alcoolature d'aconit; bouillon et lait.

(1) Il s'écoule du vagin un liquide épais et verdâtre constitué principalement par du méconium.

Le soir. Douleurs très-vives dans toute la région abdominale; météorisme très-prononcé; soif intense. — Pouls 140. Temp. 40,5.

Le 13. A la visite du matin, même état. — Prescription *ut supra*.

Mort le 14 à une heure du matin sans délire, l'intelligence est restée intacte jusqu'au dernier moment.

Autopsie. — La cavité abdominale étant ouverte, on aperçoit les intestins très-distendus par des gaz. Le péritoine est parfaitement sain. On observe seulement une certaine vascularisation surtout au niveau de la séreuse pariétale.

L'utérus est rétracté, assez volumineux, mais sans lésion apparente. Incisé dans toute sa longueur, on trouve la face interne tapissée par une matière putrilagineuse d'une odeur infecte. Pas traces de pus dans les vaisseaux.

La vessie est normale et ne contient que très-peu d'urine.

Le vagin présente deux perforations latérales et offrant à peu près la même forme et les mêmes dimensions. Elles siègent au milieu du conduit vaginal; elles sont circulaires et mesurent environ 2 centimètres de diamètre. Les bords sont nets comme si on avait enlevé un disque de la paroi vaginale à l'aide d'un emporte-pièce, mais à ce niveau les tissus sont noyés. Il est très-difficile de dire si ces lésions ont été produites par le fœtus ou par suite de la compression prolongée de la tête du fœtus.

Tout le tissu cellulaire pelvien est infiltré de pus épais et verdâtre. Il en est de même pour le tissu cellulaire sous-péritonéal. On trouve du pus collecté dans toutes les gaines des muscles de la paroi abdominale aussi bien à la région postérieure qu'à la région antérieure.

Le foie est gros, mais il n'est pas le siège d'abcès métastatiques.

Les poumons sont sains ainsi que les autres organes.

Le bassin mesuré donne les dimensions suivantes :

Diamètre sacro-sous-pubien.....	10 c.
Diamètre promonto-pubien minimum....	8 c. 7 m.

Éclampsie; morsure profonde de la langue, suffocation et mort rapide causée par le développement énorme de cet organe. — Opération césarienne quinze minutes après la mort de la mère; extraction d'un enfant mort, par M. Bailly, professeur agrégé.

Mme X..., commerçante du quartier des Halles, 30 ans, femme sanguine de la plus grande vigueur et de la plus belle santé, déjà mère de trois enfants nés très-facilement, était parvenue à la fin du huitième mois d'une nouvelle grossesse, lorsque, dans la nuit du 24 au 25 février 1869, elle se sent prise assez subitement d'une sensation très-sensible d'étouffement, avec céphalalgie intense et contraction à l'épigastre. Ces malaises formaient les prodromes d'une éclampsie dont elle éprouve la première attaque à quatre heures du matin.

Les renseignements fournis par l'entourage sur les symptômes de cette attaque ne permettent pas le moindre doute sur sa nature. A sept heures du

matin, on m'appelle près de la malade ; elle venait d'avoir un second accès. Je me rends en hâte à son domicile, mais déjà M. le Dr Dupuy (de Frenelle), plus proche voisin et mandé en même temps que moi, m'avait précédé.

J'appris de mon confrère qu'au moment de son arrivée, Mme X... rendait en abondance, par la bouche, du sang qui provenait d'une plaie située sous la langue et qu'avait produite une morsure de cet organe pendant l'accès ; qu'en outre Mme X... était à ce moment d'une grande pâleur, dans un état demi-syncopal, et que le pouls, très-faible, avait une fréquence considérable.

Au moment de mon arrivée la malade avait repris connaissance ; son visage était plus coloré, et elle pouvait articuler quelques mots. Le pouls restait fréquent et un peu mou. En considérant la malade, je fus frappé d'un certain air d'hébétéude causé par le vague, l'indécision du regard, et par l'écartement des mâchoires, entre lesquelles faisait constamment saillie l'extrémité de la langue, dont le bord arrondi, épais, présentait une lividité toute particulière. De chaque commissure labiale, du sang de couleur foncée et d'apparence veineuse s'écoulait en bavant. Du reste pas d'oppression à ce moment, et, en pressant sur la face supérieure de la langue, on la faisait rentrer aisément derrière les arcades dentaires sans déterminer de gêne respiratoire.

En soulevant la langue, on découvrait en avant du frein un large sillon transversal occupant toute la largeur et le quart au moins de l'épaisseur de l'organe. Je n'ai point vu de jet artériel s'en échapper pendant mon examen, mais une nappe abondante de sang veineux.

M. le Dr Dupuy, qui avait commencé à s'occuper de la malade, insinua dans la plaie, sous mes yeux, une forte mèche de charpie imbibée de perchlorure de fer qui suspendit ou, du moins, modéra beaucoup l'hémorrhagie.

Aucun phénomène de travail. La malade n'a accusé aucune colique, aucune douleur lombaire. En touchant, je trouve le col encore long, son canal perméable, et, en y portant le doigt, j'atteins une partie fœtale dure et mobile, qui paraît bien être la tête. Préoccupé de la gravité d'un tel état, j'ai le regret de n'avoir pas à ce moment constaté par l'auscultation si l'enfant vivait ou non.

En résumé, nous nous trouvions, M. Dupuy et moi, en face d'une femme enceinte albuminurique (l'analyse des urines nous l'a prouvé), parvenue au huitième mois de sa grossesse, et prise, à la suite de prodromes très-caractéristiques, de deux accès d'éclampsie survenus à trois heures d'intervalle, dont le dernier avait produit une morsure profonde de la face inférieure de la langue, avec hémorrhagie abondante causée par la division des vaisseaux sublinguaux, et une tuméfaction déjà considérable de l'organe.

M. le Dr Dupuy ayant cru devoir se retirer après mon arrivée, me sachant le médecin de la famille, je restai seul pendant quelques instants près de la malade, qui ne perdait plus de sang, et, ne prévoyant chez elle d'autre accident que le retour possible d'une nouvelle attaque, je m'éloignai quelques instants pour aller prendre chez moi les instruments qui pouvaient

devenir nécessaires, à un moment donné, pour terminer cet accouchement: mais auparavant j'enseignai à la garde à repousser la langue derrière les arcades dentaires avec le bord tendu d'une serviette, pour le cas où une nouvelle attaque surviendrait en mon absence, et répétai plusieurs fois sous ses yeux cette petite manœuvre, sans que la malade en ait été aucunement incommodée. Je sortis donc et, sur ma route, m'arrêtai pendant dix minutes environ chez une sage-femme de mon voisinage dont je désirais m'assurer le concours pour le cas où, les accidents convulsifs venant à se prolonger et à nécessiter une opération, il eût été nécessaire d'avoir à ma disposition un aide plus exercé et plus utile que ne pouvait l'être une garde ordinaire. A peine arrivé chez moi, on vint de nouveau me chercher en toute hâte pour Mme X..., qui se mourait, me dit-on. Je fis toute la célérité possible, et, rendu dans la maison, les mots *trop tard* m'accueillirent. En effet, il n'y avait plus à en douter, la malheureuse femme était morte. Les lèvres conservaient leur couleur livide, et de la bouche ouverte s'échappait une portion considérable d'une langue violacée, dure, et que son volume énorme ne permettait pas de réduire en entier dans sa cavité naturelle.

Les détails suivants me sont alors donnés par une des personnes qui étaient présentes à cette scène lamentable. Après mon départ, rien de particulier ne s'était d'abord produit. La malade n'éprouvait ni souffrance ni aucun de ces symptômes qui sont le prélude d'un nouvel accès. Elle avait même articulé assez distinctement quelques mots, et fait savoir à son entourage qu'elle ne se trouvait pas trop mal; puis, quelques minutes après, portant la main à son cou: « C'est ici que ça me tient, » dit-elle, et presque au même instant elle commence à s'agiter, se soulève sur son lit, en portant la main à son cou, et renverse la tête sur son oreiller. La garde s'empresse alors d'abaisser la langue comme je le lui avais enseigné, mais déjà Mme X... était morte.

Quand j'arrivai près d'elle la mort remontait à dix minutes environ. Après avoir recueilli ces renseignements, et sans plus attendre, je portai mon attention sur le ventre; j'auscultai avec attention; des bruissements divers frappèrent mon oreille, et il me sembla, au milieu d'eux, distinguer quelques pulsations cardiaques. C'est alors qu'avec le consentement du mari je pratiquai seul et tout de suite, à travers la paroi utéro-abdominale, une ouverture par laquelle je retirai un enfant de sept à huit mois de vie intra-utérine, qui malheureusement ne donna aucun signe de vie. Une insufflation persévérante faite pour réveiller les contractions des muscles respirateurs demeura sans effet.

Le placenta adhérait à la paroi antérieure de l'utérus, jusque dans un point voisin de l'orifice supérieur du col, et fut incisé en partie. Du sang en quantité médiocre s'écoula en nappe lorsque j'incisai la paroi correspondante. L'utérus en totalité resta flasque et membraneux. Toute trace de contractilité en avait absolument disparu.

RÉFLEXIONS. — Il est difficile de rien imaginer de plus triste que la mort subite et violente de la malheureuse Mme X.... C'est là un de ces coups de foudre dont la pratique obstétricale nous rend parfois témoins, et qui reten-

tissent toujours péniblement dans le cœur de l'accoucheur responsable. J'en ai été pour ma part vivement impressionné, et aujourd'hui encore, à cinq ans d'intervalle, le souvenir de ce fait effrayant suscite en moi un sentiment douloureux.

Quant à la nature exacte des accidents qui ont occasionné cette mort tragique, elle pourra peut-être laisser subsister quelque incertitude dans l'esprit et prêter à la controverse. On peut se demander en effet si, dans ce fait, il s'agit d'une nouvelle attaque d'éclampsie devenue mortelle dès son début, ou bien d'une suffocation produite par le développement monstrueux de la langue et l'occlusion du larynx. Dans mon opinion, cette dernière cause de mort est la vraie. Ma conviction à cet égard se fonde sur les considérations suivantes :

I. — Bien que ce fait ne soit pas sans exemple, il est du moins infiniment rare de voir, chez une femme éclamptique, la mort survenir dans le cours des premières attaques convulsives, et surtout au début de l'une d'elles, comme la chose aurait eu lieu ici.

II. — Les personnes présentes affirment que la mort de Mme X... n'a pas été précédée des convulsions effrayantes dont elles avaient été témoins une heure auparavant, et qu'il leur était, dans ces circonstances, impossible de reconnaître.

III. — Elles affirment de plus que non-seulement cette femme n'a pas perdu connaissance, mais qu'elle essayait de parler et cherchait, en portant la main à son cou, à leur faire comprendre que ses malaises tenaient à un état de gêne et de souffrance de cette partie.

IV. — Enfin le développement prodigieux de la langue, dont j'ai parlé dans l'observation, suffisait amplement pour produire l'oblitération des voies aériennes et une mort rapide par asphyxie.

L'étrangeté de cette cause de mort, sa complète nouveauté pour moi, m'ont conduit à rechercher si d'autres faits semblables avaient été signalés par nos devanciers ; mais je n'ai rencontré aucun fait analogue, soit dans les écrits des accoucheurs, soit dans ceux des hommes qui se sont occupés de l'épilepsie. Les morsures profondes de la langue, survenues dans le cours de ces deux maladies, ont eu des conséquences plus ou moins fâcheuses, mais nulle part je n'ai vu signaler l'intumescence rapide de cette partie comme ayant entraîné une asphyxie mortelle.

Une question de pathologie qu'il eût été intéressant de pouvoir résoudre, est celle de la nature du processus morbide qui, en l'espace d'une demi-heure environ, a pu causer ce développement prodigieux. Est-ce de la congestion pure et simple, est-ce de l'infiltration sanguine ? Il est possible que l'une et l'autre aient concouru à cet accroissement subit de volume, qui devait favoriser la texture molle et éminemment vasculaire du tissu lingual. On sait, en effet, avec quelle facilité, et souvent dans un temps fort court, une inflammation traumatique de la langue, celle que produisent certaines fièvres malignes, l'intoxication mercurielle, ont pour effet d'accroître le volume de cette partie et l'obligent à sortir de la bouche, devenue trop étroite pour la contenir. Il est probable que quelque chose d'analogue s'est produit

chez ma malade, avec plus de rapidité seulement. Ce n'est là toutefois qu'une hypothèse, et une dissection attentive aurait pu seule renseigner exactement à cet égard; mais les circonstances ne se prêtaient guère à une étude de ce genre, et l'on comprend que je m'en sois abstenu.

Une autre question, celle-ci toute de pratique et d'une grande importance, se trouve également soulevée par ce fait aussi insolite que terrible. En admettant que j'eusse été présent à l'asphyxie rapide dont j'admets l'existence dans ce cas, eût-il été en mon pouvoir de parer aux graves dangers qui n'ont pas tardé à se produire? La chose me paraît au moins douteuse. Il est certain qu'une prompte ouverture du larynx ou de la trachée, pratiquée à ce moment, pouvait seule faire cesser la suffocation et prévenir la mort. Mais, pris au dépourvu, comme je l'eusse été à ce moment, privé des aides nécessaires pour m'assister dans l'opération, il est certain aussi que cette dernière se serait effectuée dans les conditions les plus déplorables, probablement d'une façon fort défectueuse, et qu'elle pouvait devenir une source de nouveaux dangers. Je conviens cependant, et tous les praticiens seront de cet avis, je pense, que la trachéotomie était la seule planche de salut à offrir à ma malade, et, quelles que fussent ici les difficultés opératoires inhérentes aux circonstances, je l'aurais certainement tentée, si j'eusse assisté aux premiers symptômes de la suffocation.

La mort bien confirmée de la mère rendant tout soin inutile de ce côté, j'avais à me préoccuper de l'enfant, dont je fis immédiatement l'extraction au moyen de la gastro-hystérotomie. Au moment où j'arrivai dans la maison, la mort de Mme X... datait de douze minutes environ; l'opération césarienne pratiquée cependant avec le même soin que chez une femme vivante, n'exigea pas plus de cinq minutes, en raison de la petite quantité de sang que fournirent mes incisions, et cependant l'enfant fut tiré mort du ventre de la mère. Ce fait témoignerait que l'enfant ne survit pas un quart d'heure à sa mère, si cette conclusion ne se trouvait tempérée par cette circonstance que la femme dont il est ici question était éclamptique, et que la mort du fœtus pouvait remonter aux premières attaques de cette maladie. L'auscultation aurait pu assurément donner, sur ce point, des renseignements très-sûrs, mais j'avoue que, troublé par la gravité des accidents qui m'étaient offerts et la responsabilité qui m'incombait, préoccupé d'ailleurs de donner les secours les plus urgents, je n'ai guère songé à faire une exploration qui, au point de vue de la science, devait avoir son importance.

J'ai eu, dans le cours de mon opération, l'occasion de faire une remarque qui mérite d'être notée : c'est que, quinze à dix-huit minutes après la mort de l'accouchée, la tonicité du muscle utérin était absolument éteinte, que la paroi de la matrice n'a éprouvé aucun retrait, mais a présenté une flaccidité complète et conservé l'étendue, la minceur et l'aspect membraneux qu'elle devait offrir quand l'œuf la distendait. Si cette observation se trouvait confirmée par des observations semblables, les opinions qui aujourd'hui ont cours dans l'enseignement sur la persistance et la contractilité des muscles de la vie organique pendant un certain laps de temps après la

mort devraient être modifiées, et l'on devrait aussi douter de l'authenticité des observations d'accouchements *post mortem*, qui se seraient accomplis, dit-on, en vertu de cette contractilité, chez des femmes qui avaient succombé pendant le travail.

(Gazette des Hôpitaux.)

Fistule vésico-vaginale. — Opération. — Guérison, par M. le Dr **Eugène Marchal**, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy.

Le 22 juillet 1874, la femme Marie Bonaventure, de Xeulier, se présente à la Maternité demandant qu'on remédie à une incontinence complète d'urine qu'elle a conservée depuis son dernier accouchement.

Cette femme, âgée de 25 ans, vigneronne, est d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, 1^m,49. Elle n'a marché qu'à vingt mois, cependant les jambes sont droites et les articulations ne sont pas volumineuses.

Réglée d'une façon tout à fait irrégulière jusqu'à l'époque de son mariage en 1866, elle est devenue immédiatement enceinte et est accouchée facilement, le 1^{er} septembre 1867, d'un enfant du sexe masculin, à terme, venu en présentation du sommet. Cet enfant, qui, au dire de la mère, était volumineux au moment de sa naissance, a été allaité par elle et vit encore aujourd'hui.

La femme Bonaventure est accouchée une seconde fois spontanément, le 10 mars 1869, d'un enfant du sexe féminin à terme. Cet accouchement n'a présenté d'autre particularité qu'un peu d'inertie à la fin du travail; l'enfant était vivant, il a été allaité par sa mère et est mort à l'âge de deux mois à la suite de convulsions.

M^{me} B... est redevenue enceinte dans le courant de juillet 1873. Sa dernière époque menstruelle dura du 5 au 13 juillet, et elle croit être certaine que sa grossesse datait du 18 juillet. Les seules incommodités de cette gestation ont consisté en douleurs d'estomac.

Les premières douleurs d'enfantement parurent le 6 mai 1874. La sage-femme, mandée le 7, rompit la poche des eaux vers neuf heures du matin. A huit heures du soir, le travail ne progressant pas, un médecin fut appelé et tenta une application de forceps, mais la tête ne put être complètement saisie et le forceps lâcha prise. Cette opération fut renouvelée plusieurs fois sans plus de succès.

La femme B... croit pouvoir affirmer qu'après ces différentes tentatives l'urine commença à s'écouler involontairement. Le lendemain, un second médecin fut appelé et pratiqua la perforation du crâne et la céphalotripsie. Nous n'avons aucun renseignement sur le volume de l'enfant. Aussitôt après l'accouchement, les fèces et les urines s'échappèrent involontairement. A partir du onzième jour, les matières stercorales furent retenues, mais les urines ont continué depuis lors à s'écouler d'une façon permanente. La femme B... n'éprouve jamais le besoin d'uriner.

Au moment où elle se présente à la Maternité, le 22 juillet, soixante-quatorze jours se sont passés depuis l'accouchement; elle est parfaitement remise et, n'était son infirmité, elle n'aurait gardé aucune trace de ce travail laborieux. Elle n'a pas encore eu de retour de règles.

En l'examinant au spéculum, on ne trouve pas de trace de perte de substance. En introduisant la sonde dans le canal de l'urèthre, on constate que ce conduit est intact, mais à quatre centimètres environ du méat, on rencontre l'extrémité antérieure d'une fistule presque linéaire s'étendant jusqu'à un centimètre environ du col de l'utérus, oblique de droite à gauche et d'avant en arrière, mesurant à peu près quinze millimètres.

Les bords de cette ouverture sont souples, la forme et la position de la fistule semblent indiquer qu'elle est plutôt le résultat d'un traumatisme momentané que d'une compression lente, telle que celle que produirait le séjour prolongé de la tête dans le petit bassin. La perte de substance est du reste peu considérable.

M. Stoltz ajourne tout traitement après le moment où la femme B... aura eu son retour de règles. — Le 13 août, huit jours après l'époque menstruelle, il procède à l'opération de la manière suivante, en présence de MM. les professeurs Herrgott, Simonin et Rousselle, etc. :

La femme B... est placée sur le bord d'un lit élevé, dans le décubitus dorsal, le siège plus élevé que le tronc et dépassant le bord du lit, les cuisses fortement fléchies sur le bassin et maintenues par des aides. La paroi vaginale postérieure est fortement déprimée à l'aide de la large valve de M. Herrgott. L'ouverture de la fistule est circonscrite par un cercle tracé avec le bistouri à un centimètre et demi environ de son bord. Puis la muqueuse vaginale, placée entre ce cercle et la fistule, est minutieusement disséquée et détachée ; on obtient ainsi un véritable diaphragme qui est enlevé en un seul morceau. Les bords de la fistule sont ainsi uniformément avivés sur une largeur d'un centimètre et demi.

Après que la plaie a été soigneusement épongée, jusqu'à ce que tout saignement sanguin eût disparu, M. Stoltz opère la réunion d'avant en arrière dans le sens d'un repli transversal du vagin. A l'aide de l'aiguille de Startin, il introduit neuf fils métalliques qui traversent la lèvre antérieure de la fistule de dehors en dedans, et la lèvre postérieure de dedans en dehors, de façon à affronter exactement les surfaces saignantes. Lorsque tous les fils sont placés, ils sont tordus, l'un après l'autre, à l'aide du serre-nœud de Coghil, puis réunis en un seul faisceau qui dépasse l'orifice vaginal de 3 centimètres. La réunion est parfaitement exacte et il ne s'écoule plus une goutte d'urine.

Les suites de l'opération furent très-simples, la femme B... n'éprouva point d'envie d'uriner avant quatre heures du soir. Le cathétérisme fut alors pratiqué et détermina l'évacuation d'un bon verre et demi d'urine claire non sanguinolente ; le cathétérisme fut pratiqué de nouveau à neuf heures du soir, à deux heures, à cinq heures et à huit heures du matin.

Le 14, l'état général est bon, le pouls, régulier, à 70, pas de sensibilité abdominale.

Cathétérisme cinq fois dans les 24 heures.

Le 15, même état, cathétérisme chaque quatre ou cinq heures.

Le 16, l'opérée urine spontanément à une heure de l'après-midi. On pratique des injections vaginales vineuses ; on est obligé de pratiquer encore

Archives de Tocologie, JANVIER 1875.

deux fois le cathétérisme ; mais, à partir du 17, les urines sont émises spontanément.

Le 18, à cinq heures du soir, les fils métalliques sont enlevés par M. Stoltz ; la réunion est complète, il n'existe pas le plus petit suintement. La femme Bonaventure quitte la Maternité le 25 et revient se présenter un mois après ; la guérison est parfaite, on trouve difficilement la place occupée par la fistule. Elle est cachée dans un repli transversal du vagin.

Cette observation présente de l'intérêt à plusieurs points de vue : bien qu'il soit difficile de s'en rapporter d'une façon absolue aux dires de la malade, il semble que l'écoulement d'urine se soit produit immédiatement après les premières tentatives d'application du forceps et ait été le résultat d'une division de la paroi vaginale antérieure comprimée entre le bord inférieur de l'arcade pubienne et le bord concave du forceps. Il ne serait pas impossible, cependant, bien que cela paraisse peu probable, qu'un fragment des os du crâne broyé par le céphalotribe ait lacéré cette paroi à la façon d'un instrument aigu. Le peu d'étendue de la perte de subsance, la forme à peu près linéaire de la fistule, la rapidité avec laquelle l'écoulement permanent de l'urine s'est établi, prouvent d'une façon à peu près certaine que la fistule n'a pas eu sa cause la plus habituelle, c'est-à-dire, la compression prolongée de la paroi vaginale antérieure et du bas-fond de la vessie entre le pubis et la tête, et par suite la formation d'une escharre se détachant du 4^e au 12^e jour et déterminant généralement une perte de substance très-considérable.

Considérée au point de vue de l'opération et de ses suites, la fistule de la femme B... présentait, il est vrai, une bien moindre gravité que les fistules de la nature de celles que nous venons de rappeler. Cependant il nous paraît hors de doute que la position pelvi-dorsale (Simon) imposée à la femme et l'emploi de la valve large de M. Herrgott, ont augmenté les chances de succès de l'opération en rendant le siège de la lésion beaucoup plus accessible à la vue et aux instruments. Il a été possible de pratiquer ainsi un avivement large et complet, consistant dans la dissection et l'enlèvement d'une sorte de diaphragme d'une largeur de 43 millimètres, ne comprenant que l'épaisseur de la muqueuse vaginale. Ce mode d'avivement, circonscrivant tout le pourtour de l'orifice, donne à l'opérateur plus de sécurité que celui qui consiste à détacher successivement, à l'aide des ciseaux ou du bistouri, de petits fragments de la muqueuse entre lesquels il est facile de laisser quelques points non avivés.

Quant à la réunion elle-même, il est universellement admis aujourd'hui qu'il est indispensable de multiplier les points de suture. Dans ce cas qui nous occupe, ce précepte a été suivi, neuf points de suture métallique ont été faits, et nous devons dire que l'emploi de l'aiguille de Startin et du serre-nœud du Coghil nous ont paru atténuer singulièrement les difficultés de cette partie de l'opération. Il résulterait même, à notre sens, de l'emploi de ces instruments, une supériorité réelle de la suture métallique sur la suture à l'aide de fils végétiaux qu'il est souvent très-difficile d'introduire et de nouer. Signalons enfin un dernier point, le plus important peut-être, car il constitue un véritable progrès dans le traitement de la fistule vésico-vaginale; je veux parler de la suppression de la sonde à demeure, dont l'usage, comme l'ont démontré MM. Herrgott et Simon, n'a d'autre résultat que de déterminer des cystites et d'être par suite un obstacle à la réunion des parties avivées. (*Revue médicale de l'Est.*)

Mamelle surnuméraire dans le creux de l'aisselle droite. — Son évolution pendant l'état puerpéral. — Observation recueillie dans le service de M. le Dr CALVY, 1^{er} médecin en chef, par N. Perreymond, interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

En dehors de la rareté de la polymastie, ce cas m'a paru surtout intéressant parce qu'on a pu étudier parallèlement l'établissement de la sécrétion lactée dans les glandes pectorales et dans la glande axillaire.

La nommée D..., 27 ans, domestique, accouche pour la seconde fois à la Maternité, le 5 octobre 1874; accouchement, délivrance, tout a été naturel. — C'est en plaçant un thermomètre dans le creux de l'aisselle droite que j'aperçois la mamelle surnuméraire. Cette glande a le volume d'un œuf de pigeon; elle est placée dans le creux de l'aisselle, contre la face postérieure du grand pectoral, et à 2 centimètres environ au-dessus du bord inférieur de ce muscle. Elle est pourvue d'un petit mamelon perméable et d'une aréole assez marquée; elle est très-mobile et, par le toucher, on circonscrit parfaitement toute sa masse glandulaire, qui est indépendante de celle de la glande pectorale correspondante.

C'est à l'âge de 14 ans, époque de sa puberté, que cette femme a senti cette mamelle se développer, en même temps que le volume des glandes pectorales augmentait. Lors de sa première couche, après la montée du lait, elle acquit un volume considérable, devint dure et douloureuse, et fut prise pour un abcès du creux axillaire coïncidant avec une mastite du même côté. Ce prétendu abcès fut ouvert. Peu après, cette femme ayant eu plusieurs hémoptysies, la sécrétion lactée s'arrêta et tout engorgement disparut du côté des mamelles.

Voici, comparativement, les diverses phases de la sécrétion dans les mamelles pectorales et dans la mamelle axillaire :

Deuxième jour après l'accouchement. Seins flasques; en les pressant, un liquide clair s'écoule des mamelons. La mamelle axillaire est molle. Je ne puis faire sourdre aucun liquide de son mamelon.

Troisième jour. Les mamelles pectorales sécrètent un liquide clair qui, placé sur une plaque de verre, se coagule rapidement et prend l'apparence d'un vernis transparent. Au microscope : quelques globules de lait; nombreux corpuscules de colostrum; débris épithéliaux.

En pressant la glande axillaire entre deux doigts, il s'écoule du mamelon quelques gouttes d'un liquide transparent ayant les mêmes caractères que celui qui est fourni par les seins. Vu au microscope, il contient quelques gros globules de lait, des corpuscules colostraux, et de nombreux débris d'épithélium pavimenteux.

La température, qui était le matin 37°,3, atteint, à trois heures du soir, 39°,2. Pouls 90. Léger frisson vers midi. Chaleur générale. Picotements à la périphérie des glandes pectorales, qui sont plus volumineuses que le matin, sans être néanmoins ni engorgées ni douloureuses.

Quatrième jour. La montée du lait a eu lieu pendant la nuit dernière. Le lait coulait spontanément des seins vers le matin. Pouls 60. Température 37°,2.

Seins volumineux. Le liquide qui s'en échappe est blanc; au microscope, les globules de lait dominant dans la préparation; encore de nombreux corpuscules de colostrum, débris épithéliaux.

Je fais sortir de la mamelle axillaire un liquide opalescent qui contient des éléments figurés du lait en assez grand nombre. Corpuscules de colostrum; débris épithéliaux déformés et granuleux.

Cinquième jour. Aucun changement du côté des seins.

Sensation de tension dans le creux axillaire droit. La glande est plus volumineuse. Le produit sécrétoire est le même.

Sixième jour. Aucun changement du côté des seins.

Picotements dans la glande axillaire; elle sécrète un liquide d'un blanc jaunâtre.

Septième jour. Le lait est très-bien formé. Plus de corpuscules de colostrum.

Du côté de la glande axillaire, gros globules de lait très-nombreux.

Huitième jour. Le lait fourni par les seins a le même caractère.

Le liquide qui sort de la mamelle axillaire est blanc comme du lait; au microscope, grand nombre de gros globules de lait; globulines; corpuscules de colostrum; épithélium pavimenteux infiltré de gouttelettes de graisse. On dégorge soir et matin cette mamelle.

Quinze jours après son accouchement, cette femme fut évacuée dans le service des femmes fiévreuses (phthisie pulmonaire). De temps à autre, j'ai continué à examiner le liquide fourni par les trois ma-

nelles. La mamelle axillaire a toujours donné un liquide se rapprochant beaucoup plus du colostrum que du lait parfait. Vers le milieu du mois de novembre, elle a cessé de sécréter et s'est atrophiée; cette dernière phase a coïncidé avec l'appauvrissement progressif de la sécrétion des glandes pectorales qui, actuellement, ne fournissent plus qu'un lait séreux.

L'examen micrographique du produit de cette glande ne permet pas de la confondre avec ces glandes sébacées que l'on a prises quelquefois, selon Bouchacourt, pour des glandes mammaires. Il ne lui a manqué, pour sécréter un lait parfait, que l'excitation produite par une succion répétée. En se plaçant au point de vue purement physiologique, on peut la comparer aux mamelles rudimentaires des vaches laitières de premier ordre, appelées *tétines*, qui se trouvent en arrière du pis. L'élément glandulaire des tétines est complètement indépendant de celui du pis et ne sécrète pas de lait. Néanmoins, des médecins vétérinaires (*Recueil de médecine vétérinaire*, février 1874) sont parvenus, au moyen d'excitations manuelles, à transformer, par cette gymnastique fonctionnelle, ces glandes rudimentaires en véritables mamelles donnant du lait.

(*Union médicale*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1^{er} décembre 1874.

M. BLOT. Le 31 mars 1874, M. le Dr Ternisien, de Foucarmont (Seine-Inférieure), a adressé à l'Académie un fœtus monstrueux qu'il avait observé dans sa clientèle.

Le bureau de l'Académie a renvoyé cette pièce anatomique à mon examen, et je viens aujourd'hui vous rendre compte de cet examen.

Le fœtus monstrueux, adressé par M. le Dr Ternisien à l'Académie, appartient au deuxième ordre des monstres unitaires de Geoffroy Saint-Hilaire, c'est-à-dire aux monstres unitaires omphalosites.

Il est également très-facile de voir qu'il rentre dans la deuxième famille de cet ordre de monstruosité, les *Acéphaliens*. Enfin, par les caractères particuliers que nous allons indiquer, il doit être rangé dans le genre *Peracé-*

phale, de κεφαλος, acéphale, et παρὰ, au delà, outre mesure (*trans* des latins), comme dans *peroxyde*.

Ce monstre, comme presque tous ceux de son espèce, est l'un des produits d'une grossesse gémellaire; le premier enfant, qui, comme lui, était du sexe féminin, était sain et normalement conformé.

Nous n'avons malheureusement aucun renseignement précis sur le placenta et les membranes.

Avant de donner les détails relatifs à la description anatomique de ce fœtus, nous allons d'abord transcrire les renseignements qui nous sont fournis par notre honorable confrère, M. le Dr Ternisien, sur la grossesse et l'accouchement qui ont précédé la naissance de ce monstre.

« La femme O..., demeurant à B..., âgée d'environ 40 ans, est bien constituée ainsi que son mari et les quatre enfants qu'elle a eus antérieurement. Cette femme est d'un tempérament nerveux et très-irritable. Pendant la dernière grossesse, elle a éprouvé de la part de son vieux père, sourd et aveugle depuis vingt ans, des tracasseries et des contrariétés continuelles qui la mettaient souvent dans un véritable état d'exaspération. La grossesse a été très-pénible.

« Le 21 mars 1874, à huit heures du matin, cette femme est accouchée très-facilement et sans le secours du médecin, d'une fille bien constituée, mais un peu maigre. Elle s'aperçut de suite que l'utérus contenait encore un autre enfant. Elle me fit appeler, dit M. Ternisien, et il fut facile de constater par le toucher, un deuxième enfant situé au détroit supérieur. Il s'agissait d'une présentation des pieds. Quelques efforts pour entraîner les pieds vers la vulve restèrent sans résultat. Comme il n'y avait aucune contraction de la matrice, M. le Dr Ternisien administra une potion contenant 2 grammes de seigle ergoté. A la deuxième cuillerée, il survint des contractions très-énergiques, et vers les trois heures de relevée, les pieds apparurent à la vulve et furent bientôt suivis du bassin.

« La délivrance fut aussi très-prompote et ne présenta aucune particularité, le placenta sortit immédiatement et sans traction.

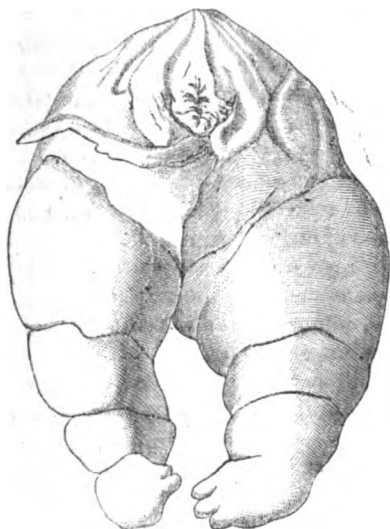
« Le fœtus que nous venions de recevoir pesait *trois kilogrammes*. Tout le tissu cellulaire, notablement infiltré, présente une certaine induration qui diminué après quelques heures par suite du soulèvement de l'épiderme, surtout au niveau des pieds. »

Aspect général. — Ce monstre est formé par une grosse masse arrondie par en haut et terminée inférieurement par un bassin auquel font suite deux membres pelviens.

Le fœtus a une longueur totale de 23 centimètres, il pèse 3 kilogrammes.

La partie supérieure de la masse fœtale, large de 14 centimètres, dans laquelle on reconnaît, par le palper, à la partie moyenne et supérieure, une saillie dure et recourbée en avant; sur les parties latérales et inférieures, les duretés formées par les crêtes iliaques qui sont recouvertes par une grande épaisseur de tissus mous et comme infiltrés de graisse et de sérosité, la saillie moyenne et supérieure se continue manifestement avec la colonne vertébrale et le sacrum.

De chaque côté de l'extrémité recourbée de cette saillie dure et moyenne, on sent, sous les téguments, deux petits os mobiles sur la tige centrale; ces petits os paraissent être des rudiments de clavicules.



Aucun vestige de tête, de cou, des membres supérieurs ni de thorax.

En avant et sur la partie moyenne, à 5 centimètres de la convexité supérieure, la peau, épaisse, est ridée et couverte de petits poils bruns, longs de 2 à 3 centimètres. Cette portion des téguments, recouverte de poils, forme comme une sorte de gros mamelon qu'on soulève facilement et au-dessous duquel se trouve une dépression, un enfoncement recouvert de téguments qui se continuent avec l'enveloppe cutanée générale. Du fond de cette dépression part une dépression plus profonde de laquelle part un cordon ombilical assez grêle et long de 12 centimètres. Cet ombilic est situé à 4 centimètres de la symphyse pubienne.

Les cuisses, volumineuses, sont développées beaucoup plus que celles d'un fœtus à terme, elles offrent l'aspect de l'éléphantiasis à cause de l'infiltration considérable de tous les tissus par une énorme quantité de sérosité; les fémurs sont mobiles dans les cavités cotyloïdes.

Les jambes, courtes et volumineuses, sont terminées par deux pieds bots *equin varus*; le droit présente deux appendices qui représentent le gros et le deuxième orteil, le gauche en a trois.

L'ensemble des membres inférieurs offre une courbure notable à concavité interne.

Si l'on place le fœtus dans la position verticale, il repose sur la partie la plus postérieure du bord externe de chaque pied.

En écartant les membres inférieurs on trouve, au-dessous du mont de Vénus, des organes génitaux externes assez bien conformés.

D'abord, les grandes et les petites lèvres, entre lesquelles on aperçoit à la partie supérieure une dépression qui paraît être le rudiment de l'urèthre, mais dans laquelle un stylet boutonné ne peut pas pénétrer. Au-dessous une membrane hymen percée à sa partie moyenne d'un trou qui admet facilement une sonde cannelée qu'on fait aisément pénétrer dans le vagin.

En arrière de la vulve, un périnée de 15 millimètres d'étendue, limité en arrière par un orifice anal assez large et dans lequel on introduit, sans peine, une sonde de calibre moyen. De chaque côté de cet anus, des fesses normalement conformées.

Dissection. — Une incision courbe à convexité inférieure passant au-dessus du pubis permet de relever ce qui représente la paroi abdominale avec le cordon. La cavité abdominale, presque nulle, est réduite à la cavité du bassin; le reste est rempli par un tissu cellulaire lâche, infiltré de la même sérosité qui se trouve dans toute l'épaisseur des parois.

Dans cet abdomen rudimentaire on ne trouve ni foie, ni rein, ni pancréas, ni rate, ni estomac, ni intestin grêle.

Du gros intestin, il n'existe que 3 centimètres du rectum qui se termine en cul-de-sac à sa partie libre et supérieure et par l'anus à sa partie inférieure.

En avant de ce rudiment du rectum on voit un petit corps aplati d'avant en arrière, du volume d'un petit pois, dur et résistant, qui est évidemment le rudiment d'un utérus qui, sur ses côtés, ne présente point d'ovaires; accolée à la partie antérieure de ce petit corps, entre lui et la face postérieure du pubis, une cavité qui est la vessie.

Dans la cavité rectale on trouve un mucus d'un blanc grisâtre qui n'est autre que le mucus intestinal non coloré par la bile, comme cela s'observe dans les cas du cloisonnement de l'intestin.

Ainsi, en résumé, ce fœtus monstrueux ne présente comme organes internes que la partie inférieure du rectum, un rudiment d'utérus sans ovaires et un rudiment de vessie.

Pas traces de poumons ni de cœur.

La colonne vertébrale forme un arc de cercle à concavité antérieure très-marquée. Nous en donnerons une description plus complète quand nous aurons préparé le squelette.

Le bassin paraît bien conformé. Le tissu musculaire, qui paraît tout d'abord complètement absent sur les coupes pratiquées aux parois abdominales et dans l'épaisseur des membres inférieurs, se retrouve très-bien quand on poursuit la dissection d'une façon plus complète. Tout le système musculaire des membres inférieurs est normal, les muscles sont décolorés, pâles et comme macérés.

Examinés au microscope, ils offrent une situation normale dans les parois de l'abdomen et dans les membres inférieurs. Quelques-uns d'entre eux sont cependant le siège d'un commencement de régression graisseuse. Le bassin est normal.

Les nerfs du bassin et des membres pelviens ne présentent rien de particulier.

Les articulations coxo-fémorales sont régulières, il en est de même de celles des genoux. Aux pieds s'observent des anomalies nombreuses; outre la direction vicieuse que nous avons déjà signalée, on voit qu'il manque certains os du tarse et du métatarse, ainsi que plusieurs orteils.

Les tibias et les péronés, quoique assez régulièrement conformés, offrent, suivant leur axe longitudinal, une torsion assez marquée d'arrière en avant et de dehors en dedans, de telle façon que la mortaise tibio-péronière, au lieu d'avoir son diamètre transverse dirigé d'avant en arrière et de devant en dehors, l'a presque transversal. Au pied gauche, la face dorsale regarde directement en avant, le talon en dehors et l'extrémité libre des orteils en dedans.

Dans le squelette, on retrouve l'astragale, le calcanéum et le scaphoïde ainsi que le cuboïde, mais il n'existe que *deux* cunéiformes au lieu de trois, trois métatarsiens correspondant chacun à un des orteils rudimentaires.

Au pied droit, c'est à peu près la même disposition. Seulement, il n'existe que deux métatarsiens dont un tout à fait rudimentaire. Chacun de ces os correspond aux deux autres rudiments d'orteils, la direction générale du pied est d'ailleurs à peu de chose près la même qu'au pied gauche.

Les filets nerveux des membres offrent une disposition normale, un tronçon de moelle remplit ce qui existe de colonne vertébrale.

Nous ne pouvons pas laisser passer cette communication sans la faire suivre de quelques réflexions, et surtout sans attirer l'attention du lecteur sur le rapprochement qui doit être fait entre le monstre du D^r Ternisien, et ceux de MM. Depaul et Moldenhauer (1).

Il faut remarquer avant tout que, dans ces trois cas, les placentas n'ont pas été assez scientifiquement examinés. On n'a quelques vagues renseignements que pour celui de l'enfant de Moldenhauer, et encore cela se borne-t-il à indiquer que le délivre était unique et que les cordons venaient chacun s'insérer sur des points différents de la masse placentaire, car dans ces trois exemples, le monstre acéphale était le résultat d'une grossesse gémellaire, l'autre jumeau étant d'ailleurs bien constitué.

Les trois monstres sont acardiaques, mais ne sont pas tous complètement acéphales, car dans celui de Moldenhauer, on trouvait un rudiment d'œil et d'oreille. Les membres supérieurs qui manquent complètement dans le spécimen présenté par M. Blot, sont réduits à un seul dans le monstre de Moldenhauer, et sont deux dans celui de

(1) Voir t. 1^{er}, pages 306 et 310.

M. Depaul. Mais dans ces deux cas, ils sont très-incomplètement développés.

Les membres inférieurs se retrouvent dans les trois cas, mais avec des degrés divers de malformation.

Les organes génitaux sont nettement indiqués dans ces trois monstres. Deux fois ce sont des filles ? et une fois un garçon.

Chaque fois le tissu cellulaire était considérablement infiltré.

Enfin les organes internes sont plus ou moins complètement développés dans les trois cas que l'on peut ranger dans cet ordre selon le degré d'imperfection : 1° le monstre du Dr Ternisien ; 2° celui de M. le professeur Depaul ; 3° celui de Moldenhauer, qui présente le moins d'arrêts dans le développement de tous les organes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 décembre 1874.

M. TILLAUX a observé diverses variétés de corps fibreux de l'utérus donnant lieu à des difficultés de diagnostic. Il a vu un polype à apparitions intermittentes ; il sortait sous l'influence des contractions utérines et rentrait bientôt après.

Autre variété plus difficile à reconnaître : Une dame avait été opérée d'un polype simple au moyen de l'écraseur. Un an après cette opération, elle ressentit des douleurs qui lui firent croire à l'existence d'un autre polype. M. Tillaux fit des recherches minutieuses à l'aide de l'hystéromètre et ne trouva rien. Deux jours après, il y avait dans le vagin un polype du volume d'un œuf de poule ; cette tumeur s'était donc développée dans l'épaisseur de l'utérus. C'était un corps fibreux interstitiel, qui, sous l'influence des contractions utérines, était descendu dans le vagin.

M. TILLAUX reçut dans son service une femme âgée de 32 ans, ayant un polype utérin qui faisait saillie à la vulve et remplissait tout le vagin. Les premières hémorrhagies avaient eu lieu six ans auparavant. La tumeur occupant tout le petit bassin, allait jusqu'à l'ombilic. Des tractions avec la pince de Museux restèrent sans résultat. On ne pouvait savoir le siège de l'implantation du pédicule, car le polype remplissait exactement le vagin et aplattissait le rectum et la vessie. Des tractions énergiques abaissèrent la tumeur ; M. Tillaux fit le plus

haut possible une incision verticale dans la masse, et put s'assurer que l'utérus n'était pas compris dans la masse. Alors, quittant le bistouri, il appliqua une chaîne d'écraseur. Lorsque l'opération fut terminée, on put voir que le corps fibreux était sessile, implanté sur le fond de l'utérus renversé en cul de bouteille; une partie du fond de l'utérus faisait corps avec la masse enlevée. La malade mourut quarante-huit heures après l'opération.

Ainsi, le fond de l'utérus avait été enlevé avec le corps fibreux. Il est difficile de savoir exactement où il faut couper; si on laisse une portion de la tumeur, on risque des accidents d'infection putride. Lorsque M. Tillaux aura à enlever un fibrome non pédiculé, il n'emploiera plus l'écraseur; il coupera avec le bistouri, couche par couche, afin de se rendre compte de la situation du tissu utérin.

M. TARNIER. M. Tillaux s'est assuré avec l'hystéromètre que le polype n'était pas dans l'utérus, dans sa seconde observation; mais le passage de l'état sessile à l'état pédiculé ne se fait pas en quelques jours. On a beau avoir l'habitude de l'hystéromètre, on peut faire passer la sonde à côté du polype, celui-ci existant dans la cavité de la matrice.

M. DUPLAY. D'une façon générale, quand on opère des polypes volumineux de la matrice, dont on ne connaît pas le point d'insertion, il est dangereux de faire des tractions. Si l'on ne peut arriver à la partie supérieure, il vaut mieux morceler la tumeur pour atteindre le point d'implantation; on évite ainsi l'inversion de la matrice.

M. GUÉNIOU recommande l'emploi des aiguilles à acupuncture pour diagnostiquer le tissu utérin du tissu du corps fibreux. Les portions de corps fibreux laissées dans la matrice ne sont pas précisément vouées au sphacèle; la tumeur peut repulluler, et il vaut mieux courir cette mauvaise chance que d'enlever la paroi de l'utérus.

M. GUYON. Il n'y a aucun inconvénient à laisser une partie du pédicule dans l'utérus; d'ailleurs on en laisse toujours plus ou moins.

Jarjavay conseillait, quand on ne pouvait pas savoir si le fond de l'utérus constituait le pédicule, de fendre la tumeur longitudinalement, et par coups successifs, d'atteindre la limite du fibrome; car les corps fibreux, sans traction préalable, peuvent renverser l'utérus.

M. DESPRÉS, dans ces cas douteux, emploie le toucher rectal pour s'assurer de la position de la matrice.

M. POLAILLON traite en ce moment un polype utérin par les ligatures successives; il se sert de l'instrument de Maisonneuve et d'une grosse ficelle.

M. BLOT a examiné la pièce présentée par M. Tillaux; il a remarqué qu'avec les ongles on séparait facilement le fibrome de la paroi utérine. Dans ce cas, il eût fallu faire avec les doigts ce que l'on fait dans les cas de placenta adhérent.

M. MARJOLIN dit qu'on eût aidé le diagnostic avec le toucher rectal et l'introduction d'une sonde dans l'utérus.

M. DUBRUELL préfère, dans ces cas, l'instrument de Maisonneuve à l'écraseur linéaire; on passe le fil de fer comme on veut, et il ne glisse pas comme la chaîne.

M. TERRIER. M. Chassaignac a inventé l'écraseur courbe pour enlever les polypes de l'utérus, et il recommande de n'exercer aucune traction sur la tumeur. On n'a jamais d'hémorrhagie si l'on opère par les règles formulées par l'auteur de la méthode.

M. FORGET. Autrefois on eût placé à demeure un serre-nœud de Desault sur la partie supérieure de la tumeur en augmentant ou diminuant la constriction suivant le besoin; si l'utérus eût été compris dans la ligature, on eût peut-être obtenu l'adhésion des séreuses, et la malade trouvait une chance de guérison.

M. TILLAUX. Il est facile de dire qu'il ne faut pas tirer sur le corps fibreux, mais si M. Duplay avait vu la malade, ne pouvant obtenir de notion sur le corps fibreux que par le toucher hypogastrique, il eût renoncé à l'opération, ou il eût agi sur la tumeur en la tirant au dehors. M. Tillaux a eu le tort de quitter le bistouri et de poser une chaîne d'écraseur qui a glissé.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance de juillet.

Corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans la cavité vaginale. — Rétention d'urine méconnue. — Ponction de la vessie. — Aucun accident consécutif du côté de l'appareil urinaire. — Quelques jours plus tard, phlébite utérine. — Mort; par M. Budin, interne des hôpitaux.

Le 29 mai 1874, la nommée Claudine Ch..., âgée de 52 ans, était admise à l'hôpital. Habituellement bien portante, cette femme avait été réglée à

17 ans, s'était mariée à 33 et avait eu sept enfants, le dernier en octobre 1867. Depuis cette époque jusqu'en 1873 elle fut très-régulièrement menstruée pendant 5 ou 6 jours chaque mois. Jamais elle n'a perdu de sang dans l'intervalle de ses règles. Veuve depuis 1872; elle affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis 1871.

Au 1^{er} mai 1873, ses règles, qui étaient apparues le mois précédent, ne revinrent pas; il en fut de même en juin et juillet. Au 1^{er} août survinrent des pertes excessivement abondantes qui persistèrent, quoique moins fortes à certains moments, jusqu'au 1^{er} mai 1874. Elle n'éprouvait aucune douleur dans le ventre, marchait et dormait bien. Son ventre était assez volumineux mais elle n'y prêtait aucune attention. Très-affaiblie et craignant le retour de nouvelles hémorrhagies, elle demanda son admission à l'hôpital.

L'examen physique de cette malade donna les renseignements suivants : Le ventre était arrondi, plus volumineux que normalement. Au palper, on constatait l'existence d'une tumeur régulièrement globuleuse, arrondie partant de la partie inférieure de l'abdomen et remontant jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était mate à la percussion; la sonorité perçue au-dessus et sur les côtés indiquait que les intestins étaient refoulés. Cette tumeur était de plus liquide, car il existait une fluctuation très-évidente. Il n'y avait pas d'ascite. A l'auscultation, ni bruit de souffle, ni battements du cœur fœtal.

En pratiquant le toucher vaginal, on trouvait une tumeur qui faisait saillie dans la cavité du vagin. Cette tumeur était arrondie, dure, rénitente, un peu irrégulière à la surface. Elle avait le volume d'une tête de fœtus arrivée au septième mois. Elle sortait à travers l'orifice du col utérin qui présentait une dilatation grande comme la paume de la main. Les lèvres du col formaient un cercle complet. Entre ces lèvres et la tumeur on pouvait faire pénétrer l'index, mais il était bientôt arrêté dans un cul-de-sac. Cette disposition, bien constatée du côté gauche, existait dans tout le pourtour excepté dans un point à droite où le doigt pénétrant de trois centimètres et demi à quatre centimètres et demi n'était pas arrêté. Il y avait donc autour de la tumeur un fossé, une rigole presque complètement circulaire.

Cette tumeur était-elle solide ou liquide ? En combinant le palper abdominal et le toucher, lorsqu'on appuyait une main sur la tumeur liquide de l'abdomen, on sentait refoulée celle qui faisait saillie dans le vagin. En percutant le ventre, on crut apercevoir la sensation de flot transmise au doigt qui pratiquait le toucher, mais cette sensation était peu nette.

Il n'existait du reste aucun trouble de la défécation, la malade n'était pas constipée; *aucun trouble de la miction*, elle urinait plusieurs fois par jour sans jamais éprouver de douleurs dans le ventre, ses urines étaient du reste limpides et ne contenaient pas d'albumine.

A quelle affection avait-on affaire ? Existait-il une tumeur liquide de l'abdomen ayant déprimé le fond de l'utérus et ayant déterminé une inversion de cet organe ? Existait-il plutôt une tumeur à la fois solide et liquide développée dans l'épaisseur de la paroi utérine ? Ou bien enfin n'y avait-il pas deux tumeurs superposées, une liquide, abdominale, et une solide, utérine ? Pour arriver au diagnostic complet, il fallait : 1^o pratiquer le cathétérisme

utérin, ce qui était facile et nullement dangereux, car la femme ne présentait aucun signe de grossesse ; 2° faire une ponction exploratrice pour voir quelle était la nature du liquide.

Le cathétérisme utérin fut fait. Dans le point où à droite le doigt n'était pas arrêté par la rigole circulaire, on fit pénétrer une sonde en gomme qui enfonça jusqu'à 14 ou 15 centimètres environ. La première supposition n'était donc plus admissible, il n'y avait pas inversion utérine.

Un médecin de l'hôpital, fort habile dans le diagnostic des affections utérines, ayant été appelé pour voir cette malade, pensa qu'il existait deux tumeurs, une tumeur solide qui était un corps fibreux de l'utérus, et une tumeur liquide superposée, probablement un kyste de l'ovaire. L'existence d'une seule tumeur liquide et à parois épaisses restait cependant admissible et la ponction exploratrice fut résolue. Mais dans la nuit du 3 mai au 1^{er} juin, la malade commença à perdre du sang. L'écoulement persista le 1^{er} juin jusqu'au 2 juin au matin. Comme il était très-abondant, on dut alors pratiquer le tamponnement en imbibant de perchlorure de fer les deux premières boulettes de charpie. L'hémorrhagie s'arrêta ; on enleva le tampon le lendemain soir 3 juin et il ne persista qu'un léger suintement pendant quelques jours.

Le 10 juin à 9 heures du matin, la malade étant tout à fait bien portante et ayant uriné assez abondamment une heure auparavant, on pratiqua la ponction avec le trocart capillaire de l'aspirateur Dieulafoy. On retira 1,120 grammes d'un liquide limpide, transparent, légèrement jaunâtre, ne contenant pas d'albumine. En pratiquant alors le toucher, on sentit la tumeur qui sortait à travers l'orifice du col utérin ; elle était moins saillante, plus dépressible, en partie rentrée et ne paraissait cependant pas avoir été vidée.

La journée fut bonne, le repos absolu au lit fut prescrit. Le lendemain matin on constata que la tumeur abdominale s'était en partie reproduite ; la tumeur utérine était de nouveau dure et très-saillante dans le vagin.

Le liquide qui avait été extrait, examiné au laboratoire de physiologie de la Faculté par M. Galippe, n'était autre que de l'urine. On avait donc ponctionné la vessie par erreur, il était du reste facile de s'en assurer : il suffisait de pratiquer le cathétérisme de la vessie, et comme la tumeur s'était reproduite au côté de l'abdomen, elle devait disparaître de nouveau. C'est ce qui fut fait le 11 à 6 heures 1/2 du soir ; bien que la malade eût uriné 1 heure 1/2 auparavant, il sortit un litre de liquide, le ventre tomba et le corps fibreux qui faisait saillie à travers l'orifice du col s'affaissa. L'expérience fut du reste répétée le 12 juin.

L'état général de la malade continuait à être excellent lorsque le 14 à 6 heures du soir, quatre jours après la ponction, elle fut prise d'un frisson ; une heure plus tard elle vomit et eut de la diarrhée toute la nuit. Elle crut à une simple indigestion. Le 15, elle eut de la fièvre, la langue était sale, un peu sèche, la peau était chaude, il n'existait de douleur bien nettement limitée en aucun point de l'abdomen.

16 juin. La nuit a été mauvaise, la malade n'a pas dormi. La fièvre per-

siste pendant la journée. Comme il paraît exister une légère douleur du côté du rein droit on fait appliquer quatre ventouses scarifiées. Le soir à 6 heures, frisson violent, à 6 heures 1/2, pouls 132. T. vagin. 42°, 2. Les urines examinées sont normales, elles ne contiennent pas de sang, elles ne renferment pas de trace d'albumine.

17 *matin*. La fièvre est toujours vive : pouls, 116; T. V. 40°, 2; il n'y a pas de douleur bien nette dans le ventre ni dans la région lombaire, il existe un peu d'œdème des membres inférieurs. Malgré la fièvre, la malade dit ne pas souffrir, se sentir très-bien, et elle demande à se lever; le facies est altéré, la langue et les lèvres sont sèches.

Soir. Pouls 132; T. V. 41°. Il y a eu un nouveau frisson à 5 heures. Depuis la veille la malade a expulsé 1 litre 1/2 d'urine; elle a dû être sondée le matin et le soir.

18 *juin*, *matin*. Pouls 124; T. V. 40°, 3. On avait d'abord pensé à une néphrite aiguë ou à une *phlébite* utérine. Les douleurs n'existant pas nettement du côté des reins, les urines conservant jusqu'alors leurs caractères normaux, et ne contenant ni sang, ni albumine, la seconde supposition reste seule probable, surtout en présence de l'état général de la malade qui croit se trouver bien et semble étonnée qu'on prenne tant de soins pour elle. —

18 *juin*, *soir*. Pouls 144; T. V. 41°, 3.

19 *juin*, *matin*. Pouls 144; T. V. 41°. La malade succombe à 1 heure de l'après-midi.

AUTOPSIE faite le 20 juin à 4 heures du soir, 27 heures après la mort. L'appareil génito-urinaire fut enlevé complètement, les reins étaient gras, nullement enflammés. Les *uretères* n'étaient point comprimés à leur entrée dans la vessie. La vessie elle-même n'était le siège d'aucune altération. Les parois étaient seulement relâchées par suite de leur distension habituelle : on ne retrouvait sur la face interne aucune trace de la ponction. — A la face externe on constatait l'existence d'un petit caillot bien limité dans le tissu cellulaire, au point où le trocart capillaire avait pénétré.

Du côté de l'*utérus*, il existait une tumeur fibreuse faisant saillie dans le col et développée aux dépens de la partie inférieure du corps. Un conduit long de 8 à 10 centimètres était situé sur la partie latérale droite de cette tumeur et menait dans la cavité utérine proprement dite qui était placée au-dessus. En incisant le tissu utérin, à droite et un peu en arrière on trouva du pus dans une des *veines*, la pression en fit *sourdre* 4 ou 5 gouttes. Les annexes étaient saines, les ligaments larges, les trompes, les ovaires n'étaient le siège d'aucune altération : une vésicule de Graaf était en pleine voie de développement sur l'ovaire droit. Il n'y avait pas trace de péritonite. Les *veines utéro-ovariennes*, et la veine cave inférieure n'étaient le siège d'aucunes lésions.

La *rate* était normale, un peu ramollie. Le *foie* était gras, en quelques endroits on trouva des taches blanchâtres, petites, arrondies. — Dans la cage thoracique, le *péricarde* et le *cœur* étaient sains : les *plèvres* ne renfermaient aucun liquide; les *poumons* étaient normaux, il n'y avait qu'un peu de congestion à la base et en arrière.

RÉFLEXIONS. — En résumé, l'existence d'un corps fibreux avait amené chez cette femme une rétention d'urine qui fut méconnue, la malade n'ayant jamais éprouvé aucune douleur, la miction paraissant régulière et normale, les urines elles-mêmes n'étant point altérées. — L'existence de la tumeur liquide formée par la vessie, tumeur dont la véritable nature n'avait pas été soupçonnée, avait rendu le diagnostic difficile. — La ponction de la vessie faite avec le trocart capillaire de l'appareil Dieulafoy et l'aspiration n'avaient été suivies d'aucune inflammation de l'appareil urinaire. — La malade avait succombé rapidement avec des accidents de *phlébite* utérine : le toucher vaginal, pratiqué très-fréquemment, n'était peut-être pas étranger au développement de cette maladie.

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE LA
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE PÉRITONÉALE.
DE SON DIAGNOSTIC ET DE SON TRAITEMENT.

(6^e ARTICLE.) (1)

Il arrive souvent que la femme n'est soumise à l'examen d'un médecin suffisamment expérimenté qu'à une époque où l'enfant a cessé de vivre et où déjà le kyste, siège d'inflammations successives, a subi des transformations qui l'ont plus ou moins dénaturé. Le diagnostic est entouré dans ces cas de difficultés beaucoup plus grandes, cela est incontestable, mais pas toujours insurmontable. Il faut accorder une certaine importance aux renseignements fournis par la malade, ou par des médecins, sur ce qui s'est passé dans les mois précédents ; mais il ne

(1) Voir les numéros de janvier, février, mai, juin et septembre 1874.
Archives de Tocologie. — FÉVRIER 1875.

faut pas, cependant, s'en rapporter absolument à eux. C'est surtout au palper abdominal, à l'examen de l'utérus par le vagin, et à certaines modifications que peuvent avoir subies les organes qui jouent un rôle dans l'acte de la reproduction, qu'il faut demander des notions qui, renforcées les unes par les autres, acquièrent une importance de plus en plus grande.

La constatation d'une poche à parois, d'épaisseur souvent variable dans ses divers points, et contenant une certaine quantité de liquide dans laquelle on fait mouvoir des parties solides, en provoquant une sorte de ballottement abdominal, a déjà une signification très-grande. Je sais bien qu'exceptionnellement la présence d'une tumeur mobile avec épanchement péritonéal peut fournir une sensation analogue; mais les faits de ce genre sont très-rares et n'ont pas été précédés, d'ailleurs, par les phénomènes insolites qui accompagnent les premiers mois de grossesses extra-utérines. D'un autre côté, le déplacement de la matrice, condition à peu près constante dans ces dernières, fait défaut dans les cas de tumeurs intra-péritonéales, entourées de liquide, mais non contenues dans un kyste spécial. Il est à peine nécessaire d'ajouter qu'il en est de même des modifications les plus importantes que subissent les mamelles, comme la coloration brune de l'auréole, le développement des tubercules papillaires, etc.

Les diverses observations de grossesse extra-utérine, telles qu'on les rencontre dans la pratique, se présentent avec des caractères particuliers, de telle sorte qu'elles diffèrent presque toujours entre elles, et que le diagnostic de chacune demande un examen attentif et raisonné si on ne veut pas s'égarer. Tantôt la double constatation des battements du cœur d'un enfant et de la vacuité de l'utérus (quoique un peu augmenté de volume) met immédiatement sur la voie; tantôt le premier de ces phénomènes n'existe plus, mais tous les autres caractères importants ont été reconnus: déplacement de l'utérus, col un peu modifié dans sa consistance, tumeur abdominale plus ou moins irrégulière, sensation de ballottement incontestable par le palper du ventre, apparition d'accidents inflammatoires dans les premiers mois, et se reproduisant plus tard à l'époque de la cessation des mouvements actifs, que la femme affirme avoir perçus jusqu'alors. Enfin, et surtout, le résultat négatif du cathétérisme utérin bien fait, soit avec la sonde, soit avec le doigt. Dans ce cas encore, qui pourrait hésiter, en rapprochant de tout ce qui précède, les renseignements fournis par la femme, et qui acquièrent, dans ces conditions une valeur réelle.

Il est possible que la femme n'ait perçu à aucune époque les mouvements de l'enfant, et que les recherches les plus attentives, avec le stéthoscope, soient restées infructueuses ; parfois aussi la tumeur abdominale, au lieu d'être fluctuante, est dure et offre une forme irrégulière parce que l'absence ou la petite quantité de liquide ont permis à ses parois de se mouler sur les saillies fœtales. Encore alors on peut trouver dans la marche et la succession des accidents, des indications qui ont une valeur très-grande. L'apparition de lambeaux de la muqueuse utérine qu'on retrouve au milieu de certains écoulements sanguinolents, qui ne sont pas rares dans le cours des grossesses extra-utérines, peut venir peser d'un grand poids. Dans d'autres cas, au contraire, l'exagération du liquide qui entoure l'enfant peut donner à la poche des dimensions excessives et une forme si régulièrement arrondie, que, de prime abord, si la femme est vue pour la première fois, on est conduit à songer à un kyste de l'ovaire ; mais en rapprochant toutes les phases de la maladie, en tenant compte de l'augmentation du volume de l'utérus, d'un certain degré d'assouplissement du col, des changements que les mamelles peuvent présenter, de mouvements que certaines femmes, intelligentes et expérimentées, disent percevoir ou avoir perçus, etc., etc., on peut sortir d'embarras et, presque toujours, formuler un diagnostic qui a beaucoup de chances pour être l'expression de la vérité.

Je n'en finirais pas si je voulais passer en revue tous les faits particuliers, pouvant se produire, dans lesquels on éprouverait de l'embarras pour obtenir d'une manière nette la véritable situation ; mais je crois en avoir dit suffisamment pour montrer qu'il devra être bien rare qu'on ne parvienne pas à la débrouiller, en y apportant le soin nécessaire et en mettant la femme en observation pendant un temps suffisamment long.

Je reconnais cependant que les complications peuvent se multiplier et se combiner de façon à dérouter le praticien le plus exercé, et plus que personne je comprends combien il faut être indulgent pour ceux qui ont pu se tromper et pour ceux qui se tromperont encore.

Avant de parler du traitement que peuvent réclamer ces sortes de grossesses extra-utérines, je désire en faire connaître un nouvel exemple que j'ai eu l'occasion d'étudier longuement dans mon service d'hôpital, et pour lequel j'ai pratiqué la gastrotomie.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Grossesse extra-utérine durant depuis quatorze mois. — Mort de l'enfant vers la fin du neuvième. — Plusieurs inflammations successives. — Etat général très-grave. — Gastrotomie pratiquée comme ressource extrême après plusieurs retards imposés par la malade. — Mort trois jours après. — Résultats de l'autopsie. — Examen histologique des parois du kyste.

A. Gercet, Agée de 35 ans est reçue dans mon service le 8 avril 1874 et couchée au lit n° 3. Cette femme avait été envoyée à ma consultation par un confrère de la ville qui n'avait pas soupçonné la situation exceptionnelle qui existait, et c'est d'après mes conseils qu'elle se décida à rester dans mes salles.

Elle me raconta que, depuis quelque temps, elle avait beaucoup maigri, que jusqu'à il y a quelques mois, elle avait toujours été forte et robuste et qu'elle avait même un certain embonpoint. Aujourd'hui son visage osseux paraît altéré et exprime la souffrance. La peau a une coloration jaunâtre et un aspect terreux qui semble indiquer un état cachectique. La voix est faible, plaintive, entrecoupée; la respiration est courte et presque haletante.

Elle est d'ailleurs fort intelligente et voici les renseignements qu'elle me donne sur ses antécédents. Elle avait été réglée pour la première fois à 14 ans, et depuis, cette fonction s'était reproduite régulièrement chaque mois, jusqu'à l'âge de 18 ans, époque où survint une première grossesse qui n'offrit rien de particulier dans sa marche et qui se termina par un accouchement très-régulier. Aux suites de couches qui furent simples, succéda un état de santé très-satisfaisant; seulement à partir de ce moment les règles ne se rétablirent pas avec leur régularité habituelle et il s'écoulait souvent deux et trois mois sans qu'elles se montrassent : un peu plus tard (la malade ne peut préciser la date) à l'occasion d'un violent effort pendant une période menstruelle, le sang s'arrêta brusquement, ce qui fut suivi de vives douleurs abdominales qui persistèrent pendant près de trois mois. La femme G... attache à ce fait une très-grande importance : il est pour elle le point de départ de tous les accidents qu'elle a éprouvés postérieurement. Quoi qu'il en soit, l'irrégularité de la menstruation n'a pas discontinué depuis.

La dernière époque des règles remonte au 22 mai 1873 ; elle est parfaitement sûre de cette date. Ce qui fixe surtout ses souvenirs c'est qu'à ce jour correspondaient la fête de l'Ascension et l'anniversaire de son premier accouchement qui datait de 17 ans.

Le 24 juin suivant, elle fut prise tout à coup d'une violente douleur qui s'étendit rapidement à toute la cavité abdominale et qui signala le début d'un état inflammatoire caractérisé par de la fièvre, des sueurs abondantes, des nausées, des vomissements, etc... Un médecin fut appelé qui prescrivit le repos au lit, des cataplasmes sur le ventre, des lavements laudanisés, des potions calmantes et la diète.

L'état fébrile persista quelque temps encore ; l'appétit disparut ; de l'amaigrissement survint, et le volume du ventre augmenta d'une manière sensible. Dès l'origine la malade ne douta pas un instant que tout cela ne fût la conséquence d'un commencement de grossesse.

Cependant les douleurs abdominales qui avaient été si vives au début diminuèrent peu à peu d'intensité, et environ deux mois après l'apparition des accidents, c'est-à-dire vers le mois d'août, l'état général s'était beaucoup amélioré, l'appétit était revenu et la fièvre avait disparu ; il ne restait plus qu'une sensation de pesanteur localisée dans le flanc gauche avec le caractère d'une douleur obtuse et profonde.

Rassurée par cette amélioration et toujours convaincue qu'elle était enceinte, la malade reprit ses occupations habituelles, qui furent cependant plusieurs fois interrompues par des crises douloureuses siégeant dans la cavité abdominale, mais en des points variables. Elle vit son ventre augmenter progressivement de volume, les seins se développer et leurs auréoles brunir. Elle affirme avoir senti à diverses reprises et très-distinctement les mouvements de son enfant. Quant aux règles, elles n'ont pas reparu depuis le 22 mai, car elle ne tient pas compte sous ce rapport d'un petit écoulement roussâtre qui s'est reproduit deux fois seulement.

Tout resta dans cet état à peu près satisfaisant, jusque dans le courant du mois de février 1874 ; à ce moment, le ventre avait pris les dimensions qu'il offre chez une femme parvenue au terme de sa grossesse. Les seins étaient volumineux. Une auréole brune, presque noire, existait autour du mamelon.

Le 25 de ce mois apparut subitement une douleur intolérable dans le côté gauche du ventre : elle était si vive par moments qu'elle arrachait des cris et des plaintes continuels. Il s'y joignait parfois la sensation de déchirements très-pénibles. Rien cependant dans ces phénomènes ne rappelait les douleurs expulsives de la dernière période d'un travail d'accouchement. Ces douleurs paraissaient et se supprimaient par instants après s'être étendues à toute la cavité abdominale. Pendant tout ce temps la malade n'a pu quitter son lit ; une fièvre intense n'a pas discontinué. Les mouvements actifs du fœtus ont absolument disparu. Les seins après être devenus turgescents se sont affaîssés et ont fourni du lait qui coulait spontanément ou qui s'échappait à la moindre pression.

Le 18 mars apparut un écoulement de sang par les organes génitaux qui prit de grandes proportions, mais qui ne tarda pas à diminuer de telle sorte qu'au moment de l'entrée de cette femme dans mon service, il ne consistait plus qu'en un suintement séro-sanguinolent insignifiant. Au dire de la malade il ne serait sorti, à aucune époque, ni caillots ni débris membraneux.

Examen de la malade au moment de son entrée le 8 avril 1874. Ce qui frappe de prime abord c'est le volume de l'abdomen qui rappelle une grossesse à terme. Il offre une saillie un peu plus grande du côté gauche que du côté droit. La dépression ombilicale n'existe plus et la cicatrice est au niveau de la peau des parties voisines. Une tache brunâtre presque noire la

recouvre. Une ligne de même couleur existe depuis la base de la poitrine jusqu'au pubis sur la partie médiane de l'abdomen. La peau paraît généralement tendue, sauf toutefois dans la région hypogastrique où elle forme un pli transversal, ce que la malade est disposée à attribuer à une diminution générale du ventre qui aurait coïncidé avec la perte abondante dont il a été parlé plus haut.

Par le palper de l'abdomen on a la sensation d'une poche à parois un peu tendues et résistantes, mais contenant des parties solides et mobiles au milieu d'un liquide. Cette pression provoque des douleurs vives; une sorte de point de côté occupe le côté gauche de la poitrine; il est assez fort pour rendre la respiration courte et très-pénible. L'auscultation permet de constater qu'il n'y a rien dans les plèvres et que les poumons sont sains; cette douleur s'explique, sans doute, par la propagation de l'inflammation péritonéale à la région diaphragmatique.

Les seins sont volumineux; les mamelons sont entourés d'une large auréole presque noire: les tubercules papillaires sont volumineux: par la pression on fait facilement couler une notable quantité de lait parfaitement blanc et épais.

Déjà, avec les antécédents dont il a été parlé et en tenant compte des particularités que l'examen direct a permis de constater, le doute ne paraît pas possible; il s'agit bien d'une femme qui porte un produit de conception; mais l'enfant mort est-il placé dans la cavité utérine? ou bien est-il renfermé dans un kyste et s'agit-il d'une grossesse extra-utérine?

Le toucher devait me fournir des caractères propres à élucider cette question. Le col, peu déplacé, est un peu plus porté en arrière que d'habitude; sa portion vaginale a au moins un centimètre et demi de longueur; La lèvre antérieure est plus volumineuse que la postérieure: l'orifice externe est à peine entr'ouvert et n'admet pas l'extrémité du doigt. La consistance diffère notablement de celle qu'on trouve dans les grossesses utérines arrivées à terme: elle rappelle celle d'un tissu dur et résistant. Je ne crus pas devoir pousser l'examen plus loin parce qu'il provoquait des douleurs, mais il me parut suffisant pour être convaincu que j'avais sous les yeux un nouvel exemple de grossesse extra-utérine péritonéale. La malade, devenue enceinte dans les premiers jours de juin 1873, éprouva de vives douleurs dans le ventre environ un mois après. Ces douleurs peuvent être rapportées à une péritonite partielle, provoquée par la formation et le développement du kyste. Peu à peu les accidents se calmèrent et une sorte de tolérance s'établit pour ce corps étranger. Mais quand survint le terme de la gestation, de nouveaux accidents inflammatoires apparurent. L'enfant, qui paraît avoir vécu jusqu'à cette époque, succomba alors. Des phlegmasies multiples se succédèrent et altérèrent considérablement la santé, de sorte que, quand cette femme entra dans mon service, elle était dans un état assez sérieux. Le pouls était petit et fréquent (100 pulsations). Le thermomètre marquait 38 degrés seulement.

Le lendemain 9 avril, je fis un nouvel examen qui me donna la confirmation de tout ce que j'avais constaté la veille, et qui, de plus, me permit

de m'assurer que l'utérus était obliquement couché, le col un peu dirigé à droite et le corps du côté opposé. J'essaye, en outre, d'introduire une sonde dans la matrice; je répète plusieurs fois mes tentatives en y mettant toute la prudence voulue, et l'instrument ne pénètre qu'à 4 centimètres et demi. A cette profondeur, je rencontre un obstacle qu'il est impossible de franchir. Le déplacement latéral de l'utérus n'est probablement pas étranger à cet arrêt de la sonde. Après quelques jours de repos au lit, l'emploi de cataplasmes et de pommade belladonnée, l'état s'améliore sensiblement, les douleurs abdominales disparaissent et la malade commence à se lever et à se promener dans les salles. Elle conserve encore un peu de fatigue et de gêne quand elle veut se lever de sa chaise ou faire un mouvement un peu grand; les garde-robes sont faciles; la dyspnée et la douleur de côté ont cessé: le pouls seul reste toujours un peu fréquent (environ 90 puls.). J'avais laissé entrevoir à cette femme qu'une opération serait peut-être nécessaire, et quoique je lui eusse déclaré que rien ne serait fait sans son consentement, la perspective que je lui avais fait entrevoir ne lui souriait pas, et cette circonstance ne fut pas étrangère à la demande qu'elle me fit de retourner chez elle. Je signalai sa sortie le 13 avril 1874.

Le 17 du même mois, la femme G... vint me trouver et me demander de la reprendre dans mon service. Son état général ne paraît pas s'être beaucoup aggravé. L'abdomen est presque indolent; il n'y a pas de fièvre, le pouls est à 72 et la température à 37,5. Elle éprouve du fourmillement et comme un engourdissement du côté du membre inférieur gauche; un peu d'œdème existe au niveau de la malléole du même côté. Jusqu'au 28 avril, rien de particulier ne se produit; on prend les mesures de la tumeur qui donnent, pour le diamètre vertical, 23 centimètres, et pour le diamètre transverse, 48 centimètres.

29 avril. Hier, dans la journée, douleurs au creux poplité, bientôt suivies de gonflement dans la jambe gauche et d'un léger mouvement fébrile.

A la visite du matin je trouve tout le membre inférieur gauche œdématié, dur et luisant. Quelques veines superficielles sont distendues et violettes. Pas de cordon dur à la face interne de la cuisse. Peau chaude, un peu de fièvre.

Le 30. L'œdème a augmenté; douleur vive sur le trajet de la saphène interne. Etat fébrile à peu près le même: Pouls à 86. Température à 37,9. Le traitement a consisté dans le repos et les onctions avec la pommade belladonnée.

Jusqu'au 9 mai, les accidents locaux et généraux ont diminué graduellement. Le gonflement a disparu à peu près complètement; il ne reste plus qu'un peu de douleur quand on presse sur le trajet de la saphène. La tumeur est de nouveau mesurée; ses dimensions n'ont pour ainsi dire pas changé. L'état général continue à être assez bon.

Le 17 mai, à la suite d'une douleur profonde et peu considérable au niveau de la fosse iliaque droite, apparaît un écoulement sanguin par les organes génitaux. Cela me fait soupçonner qu'il s'agit d'une première apparition des règles. Le sang qui s'échappe est clair et peu abondant, et il s'ar-

rète au bout de trois jours. Cette suppression est suivie d'une douleur dans la fosse iliaque gauche, qui est rapidement calmée par quelques cataplasmes laudanisés.

Jusqu'au 30 mai tout se passe assez bien ; mais, ce jour, réapparaît la douleur du flanc gauche, et le lendemain, 31, un nouvel écoulement sanguin se produit, qui, cette fois, prend tous les caractères de véritables règles. Il dure six jours plus abondamment que la première fois, sans porter aucune atteinte ni à l'état local ni à l'état général.

Le 9 juin, la malade demande, pour la seconde fois, à retourner chez elle ; elle se sent assez bien, mais elle trouve que son appétit diminue et elle espère l'augmenter en changeant d'air. Elle se promène facilement. De temps en temps apparaissent quelques douleurs en différents points du ventre. A la vue, on distingue que la tumeur a pris un peu plus de volume. En la mesurant, on trouve 47 centimètres pour le diamètre transverse et 24 et demi pour le vertical. Quoique la phlébite du membre gauche soit guérie, un peu d'œdème persiste au niveau de la malléole.

Par le toucher, je trouve que la direction de l'utérus est toujours la même, le col incliné à gauche et le corps penché à droite. Il représente comme une sorte de base sur laquelle repose le kyste fœtal qui, lui, est presque entièrement situé au-dessus du détroit supérieur.

Seize jours s'écoulent pendant lesquels je n'entends plus parler de cette pauvre femme lorsque, le 25 juin, elle se représente à moi en me priant de la recevoir de nouveau. Je constate que depuis son départ son état s'est notablement aggravé ; elle a maigri et son visage est très-fatigué. Elle me raconte que, trois jours avant, elle a été prise d'une douleur subite, profonde, correspondant à la région ombilicale, douleur qui a persisté toute la journée en présentant de fréquents paroxysmes et qui s'est terminée par l'évacuation, par le rectum, d'une quantité considérable de matières fécales demi-liquides, d'odeur extrêmement fétide et de couleur tantôt jaune, tantôt verte, contenant quelques fragments plus solides. La malade mangeait fort peu ; elle prenait presque chaque jour un lavement laxatif et elle ne comprend pas un pareil résultat.

Je la fis coucher et je fis mettre des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Quelques heures après son entrée la douleur se calme, mais les selles continuent très-abondantes et ont bien les caractères indiqués par la malade (verdâtres et très-fétides) ; à leur surface on voit nager des gouttelettes huileuses. Malgré tous les moyens employés ce dévoiement persiste encore une semaine et est suivi d'une diminution très-notable de la tumeur abdominale, tellement que je me demandai si une communication ne s'était pas établie entre le kyste et l'intestin ; je fis examiner les matières, et il fut démontré qu'elles ne renfermaient qu'une quantité insignifiante de globules purulents.

Quoi qu'il en soit, l'état général s'altéra de plus en plus. Des péritonites partielles se succédèrent accompagnées de vives douleurs. Un état fébrile persistant s'établit, des frissons se produisirent. Une éruption diphthéritique se manifesta à la gorge et à la bouche ; l'appétit s'en alla et l'amaigrissement devint considérable.

Cette femme, qui m'avait quitté deux fois parce que j'avais fait entrevoir la possibilité d'une opération, vaincue enfin par la gravité de sa situation, me déclara qu'elle était prête à tout et finit même par réclamer avec insistance mon intervention. Je fus obligé d'attendre quelques jours pour combattre l'éruption buccale dont j'ai parlé et remonter un peu l'état général, et, enfin, je décidai que je pratiquerais la gastrotomie le 16 juillet.

Quoique l'état sanitaire de mon service fût excellent, nous étions à une époque de chaleurs excessives, et je pris le parti de faire dresser une tente dans le jardin de l'hôpital, abritée sous de grands arbres, et après avoir pris toutes les mesures nécessaires, c'est là que je fis l'opération. Un dernier examen de la tumeur montra tous les caractères précédemment indiqués ; il devint évident seulement que des gaz s'étaient produits dans la tumeur. La percussion donnait de la sonorité à son niveau, et cette sonorité était circonscrite par une zone de matité qui la séparait des anses intestinales également sonores.

16 juillet, 9 heures du matin. Après avoir vidé la vessie, je fis une incision de la peau qui s'étendit de l'ombilic à un travers de doigt du pubis, puis je divisai les autres tissus couche par couche. Le kyste était adhérent dans toute sa hauteur à la paroi abdominale. Il offrait une épaisseur de plus d'un centimètre, et je me demandai un instant en l'incisant s'il ne s'agissait pas de la paroi utérine. Je ne tardai pas à voir qu'il n'en était rien, et je l'ouvris largement. Il s'échappa des gaz fétides et une petite quantité de sanie purulente (environ 2 ou 300 grammes) à odeur extrêmement désagréable. Je plongeai la main dans la poche, et je fis sans difficulté l'extraction du fœtus qui était profondément altéré. J'en reparlerai plus loin. Puis je trouvai nageant dans le liquide de volumineux fragments de placenta détachés et à un degré de putréfaction très-avancée.

Après avoir bien nettoyé le kyste par de nombreuses injections avec une solution de permanganate de potasse, je fis un pansement simple avec des bourdonnets de charpie enduits de cérat, et la malade fut convenablement placée dans son lit préparée sous la tente. Je l'avais soumise à l'action du chloroforme qu'elle supporta très-bien et qui la rendit absolument insensible. Elle ne perdit pas une demi-cuillerée de sang.

Environ un quart d'heure après l'opération, la malade avait repris connaissance, lorsque tout à coup elle fut prise d'un violent frisson qui dura plus de dix minutes. Le pouls devint petit et fréquent, 140 pulsations ; la température était à 40 degrés. Je la fis réchauffer par tous les moyens ordinaires, et je fis administrer du thé avec addition d'eau-de-vie. La réaction ne tarda pas à se faire, mais elle se sentait très-faible. Le pansement fut renouvelé dans la soirée, et le kyste préalablement nettoyé avec la solution de permanganate de potasse. Bouillon et potage.

Le 17. La nuit a été assez calme, il y a eu un peu de sommeil. Les bords de la plaie sont un peu douloureux. Il s'échappe du kyste un liquide brûnâtre et fétide. Le pouls est à 112, la température à 39 degrés. — Même pansement renouvelé deux fois. Bouillons, potages, potion alcoolique. Dans la journée, la faiblesse augmente, et quelques petits frissons se produisent.

Le soir, je trouve le facies très-altéré. Il y a un peu de toux et une expectoration difficile.

Le samedi 18. A la visite du matin, la respiration est embarrassée, stertoreuse. Les extrémités se refroidissent. Le pouls est à 120, la température à 37,8. La mort survient le lendemain dimanche, à neuf heures du matin.

Autopsie faite deux heures après la mort. — Le kyste fœtal a une forme irrégulièrement ovoïde; son axe est obliquement dirigé de haut en bas et de droite à gauche et croise à angle aigu la direction de la colonne vertébrale. Son diamètre vertical a 18 centimètres et l'horizontal 17. Il est un peu engagé dans l'excavation pelvienne et ne s'élève qu'à 14 centimètres au-dessus du pubis. Il est en rapport, en arrière, avec la colonne vertébrale, et sur les parties latérales, avec les muscles, les vaisseaux et les nerfs du grand bassin. En avant, il est directement adossé à la paroi abdominale avec laquelle il a contracté des adhérences très-solides. Sur cette partie antérieure, on retrouve sur la ligne médiane l'incision que j'ai faite pour extraire l'enfant. Tout à fait en bas, on distingue la matrice au fond de la poche, très-inclinée à droite, et par conséquent oblique de haut en bas et de droite à gauche. Son grand axe forme avec celui du kyste un angle aigu. A droite de la matrice se trouve la vessie fortement portée de ce côté, mais dont la direction est à peu près verticale.

La trompe gauche se trouve aussi sur cette paroi antérieure, dont elle fait partie. Elle est très-facile à reconnaître et remonte un peu à gauche. Sa longueur est de 3 à 4 centimètres; on ne peut distinguer que quelques débris de son pavillon. Une sonde, introduite dans son conduit, pénètre facilement dans l'intérieur du kyste. La trompe droite est réduite à un mince filament non perméable.

Les deux ovaires sont très-aplaties et font partie de la paroi latérale droite.

L'incision médiane est agrandie, afin de mieux s'assurer de l'état de la cavité du kyste. En arrière, en haut et à droite, on trouve ou rencontre une surface tomenteuse, grande comme celle d'un petit placenta, sur laquelle se trouvent encore adhérents des débris altérés que l'on peut cependant reconnaître pour des fragments placentaires. Les parois de ce kyste sont très-épaisses; elles offrent en certains points près de 16 millimètres.

L'utérus, dont j'ai déjà indiqué la position particulière, nous a présenté les diamètres suivants :

1° Longitudinal.....	11 cent.
2° Transverse.....	8 —
3° Antéro-postérieur.....	6 —
4° Longueur du col.....	3 —

La cavité du corps de l'organe a encore une forme franchement triangulaire.

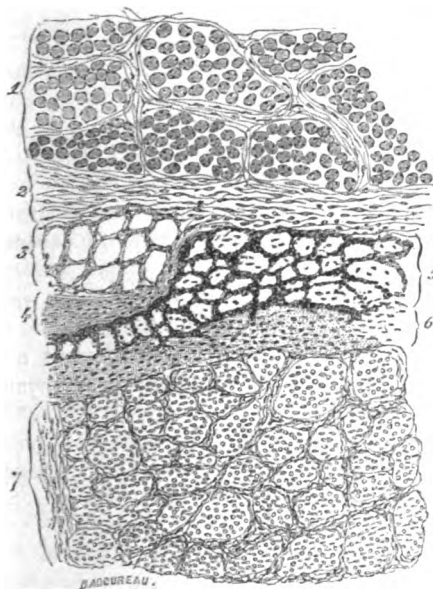
La muqueuse est boursoufflée, molle, épaisse, à follicules hypertrophiés.

Le tissu musculaire est grisâtre et se trouve sillonné par de nombreux vaisseaux.

Le vagin ne présente rien de particulier à considérer.

FIGURE 1. — Section comprenant le kyste fœtal et la paroi abdominale à laquelle il était adhérent.

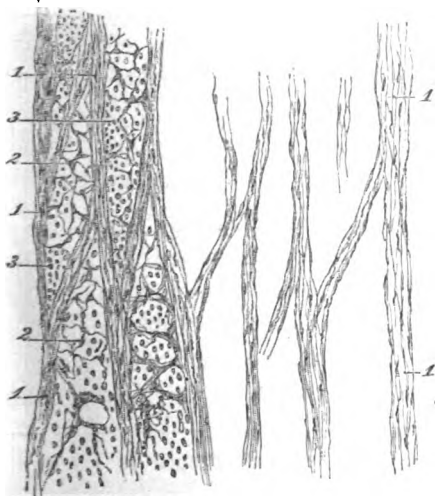
NOTA. — Le kyste étant supposé en place, cette coupe est faite perpendiculairement à lui et dans la direction d'une ligne allant d'une crête iliaque à l'autre.



1. Muscles abdominaux.
2. Couche lamineuse à noyaux allongés et cellules étoilées.
3. Région où le tissu devient aréolaire.
4. Amas de noyaux.
5. Aréoles de tissu lamineux avec condensation de noyaux.
6. Noyaux lamineux allongés établissant le passage avec les noyaux allongés des fibres lisses.
7. Kyste fœtal formé de faisceaux de fibres lisses, entrelacées de façon à circonscrire des cavités comblées par du tissu lamineux et des noyaux.

FIGURE 2.

Cette coupe est faite perpendiculairement au kyste et dans la direction d'une ligne parallèle au grand axe du corps.



1. Faisceaux de fibres lisses circonscrivant des mailles oblongues remplies de tissu lamineux.
2. Tissu lamineux et noyaux.
3. Amas de noyaux.

La vessie a 10 centimètres de hauteur sur 8 de large; elle est peu épaisse et n'offre dans sa structure rien qui mérite d'être signalé.

L'enfant, profondément macéré et considérablement réduit, exhale une odeur fétide. Son poids n'est plus que de 1,050 grammes.

L'examen histologique du kyste a été fait par M. le Dr Latteux. Je transcris ici une note qui m'a été remise par ce micrographe distingué, et je crois utile de reproduire les deux figures qui l'accompagnent. (*Voir ci-dessus page 75.*)

« Le kyste d'une épaisseur de 1 centimètre environ présente un aspect fibreux. Il adhère complètement à la paroi abdominale, ce qui a déterminé dans les éléments de la couche musculaire et de la couche lamineuse sous-péritonéale une hypergénèse des éléments normaux. Cette couche lamineuse est en effet très-épaissie et présente une énorme quantité de noyaux à différents degrés de développement.

« Quant au kyste lui-même, il est formé de faisceaux de fibres lisses, enlacées de façon à circonscrire des mailles comblées par du tissu lamineux étoilé et des noyaux. Ces mailles sont fort irrégulières et généralement allongées. Les fibres lisses sont remarquables par le développement du noyau allongé caractéristique.

« On trouve également une certaine quantité de cellules adipeuses au milieu des mailles des fibres lisses; nous avons même constaté en certains points un commencement de régression graisseuse. »

(*A suivre.*)

DEPAUL.

SUR

LES ADHÉRENCES ANORMALES DU PLACENTA (1)

Par le Dr Guéniot,

Chirurgien des hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

— SUITE. —

Messieurs, en recommandant d'attendre une heure ou une heure et demie, avant de tenter l'extraction manuelle du délivre, j'ai supposé, vous l'avez bien compris, qu'il n'existait pas de perte menaçante. Car, lorsque survient une hémorrhagie, l'expectation n'est plus applicable; et n'y eût-il qu'un quart d'heure, dix minutes ou même moins encore que l'enfant a été expulsé, on devrait introduire aussitôt la main

(1) Leçons faites à l'hôpital des Cliniques pendant le mois de septembre dernier et publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*.

dans la matrice pour en retirer l'arrière-faix. Combien de praticiens, hélas ! manquent, en cette circonstance, de la décision nécessaire ! Combien, surtout, redoutent à l'excès une opération douloureuse pour la femme, et préfèrent recourir à l'ergot de seigle !

Sans doute, l'administration de l'ergot constitue un procédé facile : tout se passe dans l'intérieur de l'organisme, et les méfaits du médicament se trouvent plus ou moins dissimulés. Parfois, d'ailleurs, il réussit à diminuer l'écoulement sanguin, et les apparences revêtent une couleur favorable. Mais que de complications ultérieures cette façon de faire ne peut-elle pas engendrer ? Le tétanos utérin, l'enchaînement du placenta, la formation d'un obstacle invincible à toute manœuvre efficace de délivrance, enfin des accidents inflammatoires graves, comme la métrite putrilagineuse et la plébite utérine : tels sont, en pareil cas, les effets ordinaires de la poudre d'ergot.

Un jour (permettez-moi de taire le lieu et la date, pour ne point désobliger un confrère estimable), un jour je fus appelé hors Paris, à l'effet de donner mon avis sur l'état d'une dame accouchée de la veille et non encore délivrée. Son médecin, en vue de combattre une hémorrhagie que l'extraction du placenta eût immédiatement fait cesser, avait cru devoir administrer (le croirez-vous ?), non pas un, ni deux, ni quatre grammes d'ergot, mais jusqu'à neuf grammes de cette substance ! Le délivre, bien entendu, n'en fut que plus étroitement incarcéré. Cependant il put être enfin extrait, alors que déjà la putréfaction l'avait envahi. Mais la malade, promptement atteinte de plébite utérine et d'infection purulente, succomba aux progrès de cette affection vers le douzième jour de son accouchement.

Messieurs, que cet exemple vous serve d'enseignement, et sachez vous garder d'une pareille faute. Retenez qu'en semblable occurrence l'ergot, loin de donner de bons résultats, est plutôt propre à tout compliquer et à tout compromettre. Réservez l'emploi de cet agent contre les hémorrhagies qui succèdent à l'évacuation complète de la matrice, et vous n'aurez jamais qu'à en constater la bienheureuse action.

Lors donc que le placenta offre des adhérences exagérées, son décollement artificiel et son extraction avec la main restent comme la seule pratique rationnelle à mettre en usage. Voyons maintenant comment il convient de procéder à l'opération.

Si l'adhérence est générale, vous comprenez sans peine que la main, en pénétrant dans l'utérus, se trouvera de toutes parts entourée par les membranes ; elle occupera alors le lieu que vient d'a-

bandonner l'enfant. De là, pour arriver aux adhérences utéro-placentaires, la nécessité de traverser l'épaisseur de l'amnios et du chorion, et souvent même celle du placenta. Dans cette vue, à l'aide d'un doigt, on se crée vers la racine du cordon un étroit passage; puis, avec ce doigt recourbé en crochet, s'assurant une bonne prise sur le tissu placentaire, on exerce des tractions modérées et soutenues. Dans les cas d'adhérence médiocre, cet effort suffit pour détacher progressivement le placenta dans toute son étendue.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Plus souvent peut-être, avant de tenter l'extraction, il devient nécessaire de rompre directement toutes les adhérences. Cette manœuvre, presque aussi simple que la précédente, doit s'exécuter avec le bord des doigts plutôt qu'avec leur extrémité unguéale. Pour la réaliser, on peut, d'ailleurs, trouver avantage à se créer une voie sur la circonférence du placenta. Cette préférence s'imposera d'elle-même, si les doigts s'ouvrent un plus libre accès sur le bord saillant de cet organe.

Au lieu d'être générale l'adhérence n'intéresse-t-elle qu'une portion de l'arrière-faix? On pourra se borner alors à saisir solidement les cotylédons décollés, puis à tirer sur leur masse de façon à entraîner les parties adhérentes. Entre toutes, cette manière de faire est assurément la plus simple; mais, pas plus que les autres, elle n'est toujours efficace ni complètement exempte de danger.

En réalité une fois que la main a pénétré dans l'utérus, *elle opère comme elle peut*, tantôt avec une certaine liberté, d'autres fois, au contraire, avec une peine extrême. Ayant à se mouvoir dans un espace resserré, les doigts se trouvent souvent comprimés et déviés de telle sorte que leur action se trouve considérablement entravée. Aussi est-ce bien un précepte imaginé dans le cabinet, que celui de séparer le placenta en s'avancant, d'un bord à l'autre de cet organe, par des mouvements mesurés de va-et-vient comparables à ceux d'un couteau à papier. Pour qu'une telle manœuvre fût possible, il faudrait que la cavité utérine offrît plus de capacité, et surtout que la matrice fût frappée d'inertie. Or, précisément, cette circonstance contre-indiquerait d'une manière formelle toute tentative immédiate de délivrance.

Donc, je le répète, on détruit les adhérences comme on peut, mais toujours graduellement et avec prudence, afin d'éviter de léser la matrice. Ce qu'il importe de rappeler, c'est la nécessité de traverser les membranes de l'œuf pour arriver aux adhérences, à moins, bien en-

tendu, qu'on ne les ait décollées pour passer entre elles et la paroi utérine.

Un autre point encore sur lequel je tiens à appeler votre attention, parce qu'il est trop peu connu, c'est la présence, dans certains cas, d'un relief très-marqué de la partie utérine au niveau de l'insertion placentaire. Ce relief, ou plutôt cette tumeur, est essentiellement constituée par des franges du placenta maternel. Plus ou moins espacées avant la déplétion de l'utérus, alors que le placenta occupe une grande surface, ces franges se trouvent, au contraire, après l'accouchement, rapprochées sur un étroit espace par le fait du retrait des parois utérines; en même temps, des caillots sanguins les agglutinent entre elles; et ainsi se forme, à la surface interne de la matrice, une saillie parfois considérable.

Il y a quelques années, j'eus l'occasion de constater très-nettement l'existence d'une tumeur de ce genre.

C'était au mois d'août 1868. Une dame américaine, qui n'avait pas craint de faire, à sept mois et demi de grossesse, la traversée d'Amérique à Paris, venait d'accoucher heureusement à terme de son onzième enfant. Quelques minutes après — ainsi qu'il était arrivé à ses précédentes couches — survint une hémorrhagie très-abondante. La matrice étant bien rétractée, je me hâtai de faire la délivrance. Le placenta et les membranes furent extraits dans toute leur intégrité. La perte alors diminua, mais pas au point de lever toute inquiétude. J'administrai aussitôt de l'ergot, et, dans l'attente de son action, je saisis entre mes mains, à travers la paroi abdominale, l'utérus, qui était devenu ferme et globuleux. Chose qui vous étonnera, le sang, néanmoins, continua de couler; ce que voyant, je m'appliquai, malgré la résistance de la malade, à extraire les caillots qui remplissaient le vagin et une partie de la cavité utérine. Grâce à cette manœuvre, l'hémorrhagie cessa immédiatement, et c'est pendant son exécution qu'avec les doigts introduits dans la matrice je pus facilement explorer la surface d'insertion placentaire.

Je constatai ainsi, en ce point, la présence d'une tumeur spongieuse, inégale et farcie de petits caillots. Cette tumeur était indolente et ne pouvait être rapportée à l'adhérence de quelques débris d'arrière-faix, ni à un fibroïde, ni à une inversion partielle de la matrice. C'était bien une saillie formée par des franges ou prolongements du tissu utérin. Les suites de couches furent naturelles, et la patiente se rétablit promptement.

Ce fait suffit à prouver que, pendant qu'on effectue avec les doigts la séparation d'un placenta adhérent, il importe beaucoup d'avoir présente à l'esprit la disposition anatomique que je viens de signaler. En la méconnaissant, quand elle existe, on s'exposerait à léser d'une façon grave le tissu propre de la matrice et surtout les sinus veineux, qui abondent au niveau de l'insertion placentaire.

Au lieu donc de chercher à égaliser la surface interne de l'utérus, dans l'idée de n'y laisser aucun parcelle d'arrière-faix, il sera préférable de ne pas insister sur le décollement de tous les reliefs qui résisteraient à de faibles tractions, Dût-on négliger ainsi l'ablation de quelques débris de cotylédons, le danger serait moindre que si, par l'arrachement des franges utérines, on augmentait notablement la dénudation des sinus; témoin l'exemple suivant.

Ræderer (1) rapporte qu'ayant été appelé près d'une femme récemment accouchée, celle-ci mourut en sa présence des suites d'une hémorrhagie. Il fit l'ouverture du cadavre et trouva la surface interne de l'utérus déchirée dans une grande étendue. « Toute la substance spongieuse et vasculaire, ajoute-t-il, était tellement lacérée que les fibres musculaires se trouvaient à nu. On y voyait de gros vaisseaux ouverts avec leurs ramifications; c'étaient eux qui avaient fourni le sang de l'hémorrhagie. » La délivrance avait été opérée maladroitement par une sage-femme imprudente.

Messieurs, si, par une manœuvre bien conduite, on est parvenu sans grande peine à détacher, puis à extraire tout le délivre, la patiente ne tarde pas, en général, à rentrer dans les conditions ordinaires de l'état de couche. Sans doute, pour obtenir ce résultat, il convient que la délivrance n'ait pas été trop tardive, et que les soins requis par l'accouchée soient administrés avec rigueur. Mais, ces indications étant bien remplies, le péril se trouve par cela même éloigné.

Malheureusement l'opération n'est pas toujours exécutable. Deux circonstances, surtout, peuvent la rendre impossible ou inefficace. La première consiste dans l'obstacle invincible que rencontre la main pour pénétrer dans la matrice; et la seconde, dans la résistance insolite des adhérences utéro-placentaires. Vous avez vu comment, chez la cliente de MM. Rémond et d'Echérac (obs. 5), nos essais réitérés d'introduction de la main demeurèrent infructueux. Il en fut de même

(1) Ræderer. *Éléments de l'art des accouchements*, traduit sur la dernière édition. Paris, 1765, p. 453.

d'une première tentative faite sur notre malade de la Clinique (obs. 1). Chez l'une, l'obstacle dépendait de la rigidité anatomique, chez l'autre, d'un spasme général de la matrice.

Pareillement vous avez vu, dans les faits de l'hôpital Beaujon (obs. 4) et de la Pitié (obs. 2), combien la solidité des adhérences peut rendre difficile ou dangereuse la désunion artificielle du placenta. Ici la main avait pu pénétrer jusqu'à cet organe, et ce fut la résistance extraordinaire des adhérences qui rendit impuissants tous nos efforts d'extraction.

Que faire donc, lorsqu'on se trouve en face de telle ou telle difficulté?

Contre la rétraction tétanique de l'utérus, qu'elle soit spontanée ou provoquée par l'ergot de seigle, on emploiera avec avantage les cataplasmes et les lavements émollients, en même temps que les injections narcotiques dans le vagin. La belladone en application sur l'hypogastre pourra être également utilisée; puis on attendra en surveillant avec soin. Sous l'influence de ces agents, la détente s'opère ordinairement dans la matrice au bout de douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures. La voie étant ainsi ouverte au passage de la main, on devra alors, comme nous l'avons dit, tenter aussitôt la délivrance artificielle. L'anesthésie chloroformique, toutes les fois qu'elle ne sera pas contre-indiquée, pourra être d'ailleurs d'un précieux secours.

Au lieu d'un spasme général de l'utérus, s'agit-il d'une rigidité anatomique de l'anneau cervical, ou bien encore de la reconstitution du col de cet organe: l'emploi des narcotiques, dans ce cas, ne serait d'aucune utilité, ou plutôt il ne servirait, selon toute probabilité, qu'à entraver le travail de délivrance. Ce n'est donc point à cette médication qu'il convient de recourir.

En réalité, nulle complication n'est plus redoutable, ni plus embarrassante que le resserrement anatomique du col utérin; car elle se soustrait en grande partie à notre action. Le précepte d'intervenir, au plus tard, dans les deux heures qui suivent la parturition, est précisément fondé sur la crainte de la voir se produire. Rien de variable, en effet, comme la date de son apparition. Chez notre malade du Gros-Caillou (obs. 3), elle n'existait pas trente-six heures après l'accouchement; et dans le fait relaté par Moreau, la main put traverser encore l'ouverture de la matrice huit jours après le travail. D'autres fois, au contraire, il suffit de quelques heures, d'une demi-journée pour que le col oppose à l'opérateur une barrière invincible. Aussi,

comme il est impossible de prévoir avec sûreté si cette complication sera précoce ou tardive, la prudence commande-t-elle de ne point s'exposer, par une expectation trop longue, à la nécessité de lutter contre elle.

Chez la femme de l'observation 5, où peu d'heures après l'accouchement nous rencontrâmes cet obstacle, nous dûmes, en l'absence de tout accident, nous borner à attendre. Par un bonheur presque inespéré, un nouveau travail se déclara spontanément; le col utérin, réformé depuis la veille, s'effaça une seconde fois; son orifice s'agrandit et bientôt put livrer passage au placenta, que les contractions utérines étaient parvenues à séparer. Ainsi, nos tentatives de délivrance ayant été infructueuses, ce fut la nature qui, au bout de deux jours, effectua à elle seule le décollement et l'expulsion du placenta.

Assurément, si en semblable circonstance on pouvait compter sur un tel résultat, la conduite de l'accoucheur se trouverait toute tracée : l'expectation devrait être sa règle thérapeutique. Mais il n'en est pas ainsi. On peut même dire que, dans l'accouchement à terme, l'apparition d'un second travail est aussi exceptionnelle qu'elle se montre fréquente dans les fausses couches de trois à six mois. La raison en est vraisemblablement que, dans le premier cas, les fibres utérines étant arrivées à leur summum de développement, se trouvent bientôt envahies, après l'expulsion de l'enfant, par le travail de répression qui prépare leur atrophie; tandis que, dans le second cas, sous l'influence placentaire, elles poursuivent quelque temps encore leur évolution, et conservent à un degré marqué leur propriété contractile. Quoi qu'il en soit de l'explication, vous n'avez pas oublié que la malade dont je viens de rappeler l'heureuse délivrance était accouchée vers huit mois de conception et rentrait, par conséquent, dans la règle que je viens de formuler.

Mais si, dans l'accouchement à terme, on n'est pas autorisé à compter sur un travail qui efface le col à nouveau et prépare la voie à l'extraction du placenta, que reste-t-il à faire? Eh bien, messieurs, ce que nous avons observé sur la malade de l'observation 5, et ce qui se passe dans bon nombre de fausses couches me semble tracer le chemin à suivre. Ce qu'il faut faire, c'est, autant que possible, imiter la nature dans ses opérations libératrices; c'est, dans l'espèce, provoquer artificiellement un second travail.

A cet effet, quel procédé choisir? Evidemment, les moyens seront susceptibles de varier selon les situations. Il en est de même à plus

forte raison de la dilatation physiologique, c'est-à-dire de celle qui s'obtient à l'aide des contractions utérines. Celles-ci pourraient être réveillées au moyen d'un dilateur ampullaire porté jusqu'au-dessus du col utérin. La difficulté, sans doute, serait d'introduire l'ampoule dans la matrice. Mais, dans un cas d'accouchement provoqué, je parvins sans peine à placer ainsi un ballon Gariel, simplement en le portant, roulé sur lui-même, à l'aide d'une longue pince jusqu'au-dessus de l'orifice interne. L'effet de cette manœuvre fut excellent. Toutefois je dois le dire, entre les divers procédés aujourd'hui connus, c'est à l'emploi des dilateurs de Barnes que je donnerais volontiers la préférence. En effet, à l'aide de ces sacs résistants et de volume gradué, il est possible d'agir mécaniquement aussi bien que d'une façon vitale en provoquant le retour des contractions utérines; et, grâce à ces deux effets simultanés, l'opération se trouve plus efficace et moins dange-reuse.

En résumé, lorsqu'il s'agit de combattre l'un ou l'autre des obstacles qu'apporte la matrice à l'introduction de la main, les moyens suivants me paraissent être les plus propres à fournir un bon résultat :

Contre le tétanos utérin, l'expectation aidée des narcotiques et des émollients locaux. Contre la rigidité anatomique (1), et surtout contre la reconstitution du col, l'expectation simple si l'accouchement s'est effectué plusieurs semaines avant terme, et si, au contraire, celui-ci s'est accompli à l'époque du terme, provoquer à l'aide des dilateurs gradués de Barnes, d'abord l'effacement du col, puis la dilatation progressive de l'orifice utérin.

Un mot encore sur la complication qui nous occupe.

Soit que l'on décide à attendre sans agir, soit au contraire que l'on intervienne par une opération préparatoire de la délivrance, on conçoit qu'il s'écoulera nécessairement un certain temps avant qu'on puisse tenter de séparer le placenta de la surface utérine. Cependant, sur ces entrefaites, une hémorrhagie peut mettre promptement en péril les jours de la femme. Quelle thérapeutique conviendrait-il de suivre en semblable circonstance?

(1) Contre la simple rigidité anatomique on pourrait parfois recourir avec avantage aux débridements multiples de l'anneau cervical. Mais généralement la grande épaisseur des bords de l'orifice fera rejeter cette opération, à cause de la perte sanguine qui en serait la conséquence.

Dans le cas de spasme utérin, la perte sanguine suffirait vraisemblablement à provoquer une détente de l'organe. Quoique fort dangereuse par elle-même, elle constituerait de la sorte un remède efficace contre le tétanos. Après s'être efforcé de la modérer à l'aide du tamponnement vaginal, on devrait donc saisir le moment opportun où le relâchement de la matrice permettrait d'extraire le placenta. C'est ainsi que chez notre malade de la Clinique (obs. 1), les choses se sont passées et que la délivrance a pu être effectuée vingt-deux heures après l'accouchement.

S'il s'agissait d'une rigidité anatomique ou de la reconstitution du col utérin, un seul moyen resterait à notre disposition; ce moyen, c'est le tamponnement vaginal. Peut-être m'objecterez-vous que l'obstacle apporté au cours du sang pourrait bien être pernicieux à la femme en forçant ce fluide, non pas à se tarir dans sa source, mais simplement à s'accumuler au-dessus du tampon. Eh bien, messieurs, que cette considération ne vous arrête pas; car, le plus souvent, c'est bien l'hémorragie elle-même qui cède à la formation des caillots provoquée par le tampon. Souvenez-vous que l'inventeur de cet hémostatique a précisément fait ressortir ses avantages dans les hémorragies qui succèdent à l'accouchement. Si quelques faits malheureux rendent à cet égard vos craintes légitimes, n'oubliez pas que Leroux et d'autres après lui ont dû à cette pratique des succès inespérés; songez surtout que, dans le cas supposé, vous seriez sans cette ressource absolument désarmés, et que dès lors, au pis aller, mieux vaudrait un remède douteux que l'absence de tout remède.

Enfin, pour clore cette étude, envisageons une dernière complication, entre toutes peut-être la plus grave. Lorsque les adhérences du placenta trop résistantes pour céder à de prudentes tractions, ne permettent pas à la main d'entraîner la totalité du délivre, quelle doit être la conduite du chirurgien? Ici, messieurs, ma tâche devient facile; car il n'est besoin d'aucun effort pour vous indiquer ce que tous les cliniciens enseignent, ce que tous regardent avec raison comme la seule pratique rationnelle à suivre. En pareil cas, l'opérateur ne doit pas insister, mais se borner à extraire en les déchirant avec douceur toutes les parties décollées. Vouloir aller au delà, c'est-à-dire tenter de séparer par la force des cotylédons trop intimement unis à l'utérus, ce serait s'exposer de plein gré à pire situation que celle d'où l'on s'efforce de sortir. Vous n'avez pas oublié comment, chez notre malade de la Pitié (obs. 2), malgré des tractions réservées, le fond de la ma-

trice se trouva perforé. Leroux (1), dans un cas analogue, entraîna lui-même avec le placenta un lambeau de tissu utérin; une perte abondante et tenace s'ensuivit; la malade tomba, à de courts intervalles, trois fois en syncope; bref, ce ne fut qu'à l'aide d'un tamponnement, à la fois utérin et vaginal, qu'elle put échapper à une mort imminente.

Ainsi, dût le placenta rester en totalité dans la matrice, comme il arrive quand les adhérences sont générales, mieux faudrait encore avoir à lutter contre les effets de cette rétention que de provoquer par une manœuvre imprudente une lésion étendue de la paroi utérine.

Mais, qu'advient-il du séjour de ce corps étranger dans la matrice? L'histoire de l'art nous apprend que, dans certaines fausses couches, la rétention du délivre n'a provoqué aucun accident, et que cet organe a fini par être entièrement résorbé. Des auteurs estimables ont même prétendu que pareil phénomène s'était produit dans l'accouchement à terme. Pour ma part, malgré l'autorité de ces observateurs, j'incline fort à croire qu'ils ont été victimes d'une erreur. Mais peu importe; les faits de ce genre se montrent trop rarement, même dans les fausses couches des premiers mois, pour qu'il soit permis de fonder le moindre espoir sur une issue semblable dans l'accouchement à terme.

L'éventualité d'un second travail, libérateur de l'utérus, serait à coup sûr beaucoup plus admissible; et cependant convient-il encore de n'y avoir qu'une confiance des plus restreintes. Cette possibilité, toutefois, bien établie sur des faits, sera pour le médecin d'un précieux secours, lorsqu'il s'agira de soutenir le courage défaillant des personnes qui entourent la malade.

Ce qui adviendra, messieurs! c'est que, selon toute probabilité, certaines parties du placenta se sépareront de la paroi utérine et détermineront une hémorrhagie peu abondante, mais continue; c'est que la putréfaction envahira bientôt les cotylédons décollés et provoquera des accidents d'autant plus redoutables que la malade sera déjà affaiblie par la perte sanguine; c'est que, en un mot, cette double circonstance de l'hémorrhagie et de la putrescence constituera pour la femme la pire des situations.

En tel cas, évidemment l'indication est formelle : on doit s'efforcer de lutter, dès l'origine, contre les effets de la débilité et de l'empoi-

(1) Leroux, *Observ. sur les pertes de sang*, 2^e édit. Dijon, 1810, p. 309.

sonneemnt putride. A cet effet, on soutiendra autant que possible les forces de la malade à l'aide d'une alimentation appropriée et d'une aération soigneusement pratiquée. On portera fréquemment, jusque dans la matrice, des injections tantôt émollientes, tantôt détersives ou désinfectantes; et afin d'éviter la pénétration du liquide, soit dans le péritoine, soit dans le sinus utérin, on devra toujours assurer au fluide un facile retour.

(A suivre.)

DE LA RÉTENTION DES MEMBRANES DE L'ŒUF DANS L'UTÉRUS APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Présentation du placenta par sa face utérine pendant la délivrance.
Ses conséquences fâcheuses, moyens d'y remédier, par **M. Bailly,**
professeur agrégé (1).

Il n'est point de praticien ayant fait un certain nombre d'accouchements qui n'ait remarqué, ni de traité d'obstétricie qui n'enseigne que le placenta, au moment de la délivrance, se présente à l'orifice du col utérin de deux manières différentes : le plus souvent par sa face amniotique ou fœtale, à la suite d'une sorte d'invagination du délivre dans ses membranes; plus rarement par sa face utérine, cette inversion habituelle ne s'étant pas produite. On n'est pas entièrement fixé sur les causes de ce dernier mode de présentation, qui peut dépendre de la manière dont s'effectue le décollement du placenta, comme on l'admet depuis Baudelocque, mais qui me paraît tenir surtout à l'insertion du gâteau placentaire sur un point déclive de la paroi utérine. On conçoit aisément que le placenta, se trouvant alors situé au-dessous de la partie membraneuse de l'œuf, n'ait pas à pénétrer dans la cavité de ce dernier pour arriver à l'orifice du col, vers lequel le poussent les contractions utérines. Mais ce que je n'ai trouvé mentionné dans aucun ouvrage (peut-être faute de connaître ce qui a pu être écrit sur ce sujet), c'est qu'au point de vue de la facilité et de l'intégrité de

(1) Publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 novembre 1874.

la délivrance, la présentation de la face utérine du placenta n'est pas une circonstance indifférente; qu'au contraire elle forme habituellement une anomalie fâcheuse, une sorte de cause de dystocie de la délivrance, qui prédispose à la rupture du chorion autour du placenta, et donne ainsi lieu à la rétention plus ou moins prolongée d'un corps étranger dans la matrice.

Cette déchirure de l'enveloppe extérieure de l'œuf se produit presque toujours au moment où l'on tord les membranes pour les rassembler et les extraire. Dans cette petite manœuvre, fort utile en effet à ce point de vue, chaque révolution nouvelle du délivre, augmentant la torsion de la corde membraneuse, a pour effet de tendre davantage les insertions placentaires du chorion et d'exercer sur cette partie de la membrane des tiraillements de plus en plus forts, qui, comme je vais l'expliquer, pourront en amener la rupture, si le disque placentaire se présente par sa face utérine, et seront au contraire généralement sans danger si sa face fœtale apparaît la première.

La raison de ces différences est que les conditions de la résistance du chorion aux actions qui peuvent le rompre, dans la manœuvre que je viens de rappeler, sont beaucoup plus favorables dans le premier cas que dans le second. En effet, lorsque le placenta se présente au col utérin et à la vulve par sa face amniotique, les rapports naturels des deux membranes sont renversés; le chorion forme la lame la plus interne de l'œuf, et dès lors se trouve recouvert et fortifié par l'amnios, devenu à son tour membrane externe. Par conséquent, le mouvement de rotation imprimé au délivre par l'accoucheur, dans le but de tordre et de rassembler les membranes, s'exerce nécessairement sur l'amnios en même temps que sur le chorion lui-même. Rien, dans ces conditions, ne vient séparer les deux membranes; elles restent accolées et solidaires et résistent ensemble, et plus efficacement, aux causes de déchirure.

Quand, au contraire, le placenta, glissant sur la paroi de la matrice, s'est engagé dans le vagin par la face utérine, cette association salutaire des deux membranes dans une résistance commune n'existe plus. L'amnios, resté membrane interne de l'œuf, échappe à l'action rotatoire de la main en vertu de la faiblesse de ses adhérences à la face fœtale du placenta. Les tiraillements qui lui sont communiqués par la manœuvre se bornent à en opérer le décollement et à attirer peu à peu vers l'extrémité du cordon ombilical la zone amniotique qui tapisait cette surface placentaire. Les deux membranes se trouvent donc

de la sorte complètement séparées. L'amnios, libre et flottant dans la loge conique dont la base est formée par le placenta et les côtés par le chorion, n'est plus d'aucun secours pour ce dernier, qui supporte tout seul l'effort de l'accoucheur et se trouvera brisé à ses insertions sur la circonférence du placenta, si la torsion du délivre est trop rapide et trop brusque, si la membrane choriale est naturellement fragile, ou enfin se trouve encore en partie retenue dans l'utérus par des adhérences anormales ou une rétraction utérine trop puissante.

La connaissance de ces faits donne en partie la clef des difficultés bien connues qu'on éprouve à faire une délivrance complète à la suite d'un accouchement compliqué d'une insertion vicieuse du placenta. Bien souvent, en pareil cas, on n'amène qu'une portion des membranes; l'autre reste dans l'utérus. Elle rend également compte de la séparation si complète du chorion mentionnée dans les deux observations suivantes, que j'ai recueillies cette année même dans ma pratique, et qui suffirent pour établir l'influence fâcheuse de la présentation du placenta par sa face externe.

Obs. I. — Le 13 mai 1874, vers quatre heures de l'après-midi, j'accouche madame X... au moyen d'une application de forceps. Cette dame, âgée de 29 ans, robuste, très-grasse et primipare, souffrait depuis trente-deux heures. Depuis trois heures les contractions, très-affaiblies et espacées, produisaient peu d'effet; l'enfant perdait du méconium, et la terminaison artificielle du travail était tout à fait indiquée. La tête fœtale d'ailleurs était à la vulve, et l'opération fut des plus simples.

Une demi-heure après je fis l'extraction du délivre, qui se présentait à la vulve par la face utérine. Le doigt d'abord et presque immédiatement la vue constataient de la façon la plus évidente ce mode de présentation. N'en connaissant pas à cette époque les inconvénients possibles, je me mis immédiatement à faire tourner le placenta dans ma main gauche pour réunir les membranes et retirai le délivre. Mais, en l'examinant aussitôt après, je m'aperçus, non sans éprouver un sentiment de déception, que le chorion était resté presque tout entier dans l'utérus. Une zone étroite de cette membrane, dont la largeur variait de 1 à 3 centimètres, formait une sorte de collerette au placenta; c'était là tout ce que j'avais amené de l'enveloppe extérieure de l'œuf. Je dois dire qu'ici la rupture circulaire du chorion me parut avoir été singulièrement favorisée par la minceur et la fragilité exceptionnelles de cette membrane. En tirant même légèrement sur la zone étroite restée unie au placenta, on la déchirait avec une extrême facilité. J'ignore si d'autres praticiens ont observé cette fragilité particulière qui, dans ce fait, était bien prononcée.

Quoi qu'il en soit, je ne fis rien pour avoir le reste du chorion, et quarante-cinq heures après, j'eus la satisfaction de le voir rejeter en entier par

la matrice. Cette lamelle, que j'examinai avec attention, présentait le même caractère de minceur et de fragilité que j'avais rencontré deux jours auparavant sur la portion déjà extraite, et qui rendait sa résistance inférieure à celle de l'amnios.

Le lendemain apparurent des symptômes de métrite, mais ils furent promptement réprimés, et la période puerpérale put s'achever sans accidents nouveaux.

Obs. II. — Madame Y..., 25 ans. Troisième couche à terme, le 22 septembre dernier, à 7 heures du matin.

Cette jeune femme ressent, pendant une partie de la nuit précédente, des douleurs assez fréquentes et assez vives pour l'empêcher de dormir. Elle s'abstient de réveiller son entourage dans la crainte de le faire trop tôt, et ne me fait demander que quand les crises deviennent très-fortes et l'obligent à pousser. Malgré mon empressement à me rendre près d'elle, j'arrive un quart d'heure après la sortie de l'enfant. La garde avait lié et coupé le cordon, mais s'était abstenue de toucher au délivre. Comme l'accouchée ne perd pas, j'attends encore dix minutes avant de m'assurer par le toucher où en est la délivrance, et ayant rencontré le placenta engagé dans le fond du vagin par sa face utérine, je me mets en devoir de le faire sortir par des tractions lentes qui l'amènent à la vulve, présentant toujours sa face utérine. Je le reçois dans la main gauche et lui imprime, suivant la pratique habituelle, les mouvements de rotation destinés à réunir les membranes en un faisceau solide qui permette de les enlever en entier. En retirant peu à peu cette espèce de corde, j'avais été déjà frappé de son peu de volume, qui faisait douter qu'elle contint toutes les membranes, et en la déployant après la sortie du délivre, je reconnais qu'en effet le chorion manque entièrement. Il a été détaché au ras du placenta dans les deux tiers de la circonférence de ce dernier, et l'autre tiers ne présente qu'une bordure membraneuse de deux doigts de largeur à peine. Je m'abstiens de rien faire pour l'extraire, connaissant les inconvénients et l'inefficacité habituelle de ces tentatives, et j'attends.

Le lendemain 23 septembre, vers 5 heures du soir, madame Y... éprouve la sensation d'un corps mou engagé dans la vulve et la signale à sa garde, qui extrait, à l'aide de légères tractions, un lambeau de membranes qui, vérification faite par moi le lendemain, représente la totalité du chorion.

Suites de couches absolument simples.

Si j'en juge par mon expérience personnelle, la rétention d'un lambeau plus ou moins considérable de membranes dans l'utérus n'est pas habituellement un accident grave. Dans les cas où ce fait s'est produit chez mes accouchées, je n'en ai jamais vu résulter d'inconvénients sérieux, et la matrice s'est toujours débarrassée au bout d'un jour ou deux et sans que l'expulsion tardive de ce lambeau soit accompagnée de symptômes vraiment inquiétants.

Mais il n'en serait pas toujours ainsi, suivant quelques personnes, et des tranchées utérines douloureuses, des hémorrhagies importantes, quelquefois même des phlegmasies assez graves seraient provoquées par la présence de ce corps étranger dans la matrice. C'est, dans tous les cas, une circonstance regrettable, qui laisse l'accoucheur dans l'inquiétude et produit une impression défavorable sur l'accouchée et son entourage, toujours disposés à accuser la négligence ou l'impéritie de la personne qui a présidé à l'accouchement. On ne doit pas compter, en pareil cas, pour dissimuler le fait, sur la discrétion d'une garde trop souvent empressée à le divulguer, non certes dans le but de nuire à l'accoucheur dont elle est l'aide, mais dans la pensée de faire valoir sa vigilance et son utilité. Donc, à tous les points de vue, un médecin soucieux du bien de ses clientes et de sa propre réputation doit éviter que pareille chose n'arrive dans un accouchement qui lui est confié.

Des faits exposés précédemment découlent certaines applications pratiques que j'ai surtout l'intention de mettre en relief dans ce travail, et qui ont pour but de prévenir les conséquences fâcheuses de l'engagement du délivre par sa face fœtale. C'est :

1^o Dans les cas où l'on reconnaît, après l'accouchement, cette présentation vicieuse du placenta (et ce diagnostic est toujours facile avec un peu d'attention et l'habitude du toucher), de retarder autant que possible l'extraction du délivre. Toutes les fois qu'une hémorrhagie, une attaque d'éclampsie, etc., n'obligera pas à retirer promptement l'arrière-faix, on devra laisser à l'utérus tout le temps nécessaire pour opérer le décollement du chorion, et ne tirer sur le cordon pour amener le placenta au dehors que quand ce dernier se trouve déjà fortement engagé dans le vagin et rapproché de la vulve. C'est, dans ces circonstances, pendant une demi-heure, trois quarts d'heure et quelquefois une heure, qu'on devra différer l'extraction du délivre.

2^o Le placenta ayant été ainsi amené lentement à la vulve, et avant de commencer le mouvement de torsion des membranes qui détermine souvent la déchirure du chorion, on tentera de renverser le gâteau placentaire dans ses membranes pour lui faire présenter sa face amniotique. Cette inversion artificielle s'exécute en faisant passer le placenta par l'ouverture membraneuse dans laquelle le cordon ombilical se trouve lui-même engagé. On renverse ainsi l'ordre de superposition des membranes, et l'on amène au dehors l'amnios, qui vient doubler et consolider le chorion. Je n'oserais soutenir que cette manœuvre

soit possible dans tous les cas, mais j'affirme l'avoir exécutée tout récemment avec un plein succès et la plus grande facilité.

3^e Enfin, lorsqu'on n'a pas réussi à retourner le placenta comme je viens de le dire, auquel cas le chorion doit supporter seul l'effet de la rotation artificielle du placenta et de la torsion des membranes, on exécutera ce dernier mouvement sans brusquerie, avec une extrême lenteur, pour permettre à la portion intra-utérine du chorion de se dégager peu à peu des étreintes de la matrice rétractée et de suivre, sans se rompre, le mouvement d'extraction du délivre.

A l'aide de ces précautions, on peut espérer prévenir un accident que, sans elles, on éprouvera, je crois, assez souvent.

Un dernier point de la question me reste à examiner, c'est celui de la conduite à tenir lorsque, faute d'avoir pu exécuter la manœuvre indiquée ci-dessus ou pour toute autre cause, un fragment plus ou moins étendu de membranes est resté inclus dans la matrice. Que convient-il de faire en pareil cas? Doit-on se mettre immédiatement à sa recherche à l'aide de la main portée dans la matrice et s'efforcer de l'extraire? Faut-il, au contraire, s'abstenir de toute manœuvre et abandonner à la nature l'expulsion du lambeau membraneux?

Pour répondre à cette question, il convient de considérer successivement les deux circonstances que nous offre la pratique chez les femmes dont la délivrance est restée incomplète par suite de la rétention d'une portion des membranes de l'œuf.

A. Si le lambeau membraneux, en partie sorti de l'utérus, fait proccidence dans le vagin ou apparaît à la vulve, nul doute qu'on ne doive chercher à l'extraire de suite. On le saisit à l'aide de pinces à pansements, et on le tord en l'attirant lentement à soi. M. le docteur Godard, professeur adjoint d'accouchements à l'école de médecine d'Angers, a donné le conseil, lorsque, dans une délivrance naturelle, on voit la corde membraneuse s'amincir pendant les mouvements de torsion qu'on lui imprime, et menacée de se rompre à sa base, de la saisir dans une ligature placée aussi profondément que possible dans le vagin. On obtient par là une prise solide sur les membranes, et l'on est sûr qu'elles n'échapperont pas. Ce précepte est fort utile, en effet, dans les conditions spécifiées par M. le docteur Godard, et me paraît également applicable au cas que je suppose ici, c'est-à-dire à celui d'un fragment de membranes retenu dans la matrice, mais dont on a pu saisir une portion déjà engagée dans le vagin.

B. Si nous supposons, au contraire, que les membranes soient en-

core entièrement contenues dans l'utérus, les conditions sont tout autres, et je pense qu'il est préférable, dans ce second cas, d'abandonner à la nature l'expulsion du corps étranger. Je sais que quelques personnes recommandent de compléter tout de suite la délivrance en allant avec la main saisir le lambeau de membranes dans l'utérus; mais c'est là un précepte qu'il est plus facile de poser que d'appliquer. L'expérience m'en a plus d'une fois convaincu. On décolle, et l'on extrait sans trop de difficulté un placenta adhérent, parce que cet organe forme un corps volumineux que la main peut aisément percevoir et saisir. Il est beaucoup plus difficile de distinguer et de saisir des membranes très-minces, lisses et accolées à la face interne de la matrice. On essaye bien de le faire; mais, après avoir longuement gratté et fatigué l'utérus pour s'emparer d'une lamelle le plus souvent insaisissable, on retire presque toujours la main sans rien amener. D'ailleurs on ne doit pas oublier que l'introduction de la main dans l'utérus, après l'accouchement, est loin d'être toujours inoffensive, et qu'il faut l'éviter autant que possible. Il n'y a pas d'opération qui soit plus souvent que celle-là suivie de phlébites utérines et crurales longues et douloureuses, et des accidents plus fâcheux encore peuvent en être la conséquence. Aussi, tant à cause de son efficacité habituelle que de ses dangers, je repousse une intervention active et immédiate, en pareil cas, et lui préfère l'action naturelle de la matrice, qui suffit presque toujours pour effectuer promptement et sans dangers le rejet du lambeau membraneux.

J'admets, du reste, qu'on devra achever l'extraction des membranes, aussitôt qu'une portion de celles-ci devient accessible à la main ou aux instruments, circonstance qui ramène les choses aux conditions du premier cas. Cette action tardive et toute extéricure est sans aucun doute utile; elle est de plus inoffensive, et n'a, par conséquent, rien de commun avec l'intervention immédiate dont je viens de parler et que je condamne.

Pour résumer les principales idées émises dans ce travail, je dirai :

1° L'engagement du placenta dans les voies génitales par sa face utérine, pendant la délivrance, prédispose à la rupture circumplacentaire du chorion, cette membrane n'étant pas alors recouverte et soutenue par l'amnios, comme il arrive quand le délivre se présente par sa face lisse ou amniotique.

2° Un délai prolongé apporté aux manœuvres de délivrance, l'involution artificielle du placenta dans ses membranes, une extrême len-

teur dans les tentatives d'extraction du délivre, représentent, dans l'espèce, le meilleur moyen de prévenir la rupture du chorion et sa rétention dans l'utérus.

3^e Quand ce dernier accident s'est produit, on doit commettre à la nature l'expulsion du lambeau membraneux, et s'abstenir de toute tentative immédiate de décollement et d'extraction de la membrane, faite à l'aide de la main portée dans la matrice.

Cette publication de M. le Dr Bailly a donné lieu à la réponse et à l'observation suivante que nous croyons devoir reproduire *in extenso*.

Rétention des membranes placentaires dans l'utérus après l'accouchement, par M. le Dr Yves.

La *Gazette des Hôpitaux* du 5 décembre a publié deux observations très-intéressantes de M. Bailly, sur la rétention des membranes de l'œuf après l'accouchement. M. Bailly dit que ces cas ont lieu ordinairement lorsqu'il y a inversion du placenta dans sa chute et, par conséquent, renversement de l'ordre de superposition des membranes. Cette disposition peut, je le crois, favoriser cet accident, mais n'est pas indispensable, et le cas qui s'est présenté la semaine dernière à mon observation en est la preuve. Si, en effet, comme le dit avec justesse M. Bailly, le délivre vient présenter, après sa chute, sa face utérine, le chorion, non soutenu par l'amnios, pourra se déchirer et rester en tout ou en partie dans la cavité utérine, surtout s'il y a une faiblesse naturelle des membranes. Mais il n'y a pas d'adhérence anormale. Dans le cas que je cite ici, il n'y a pas d'inversion placentaire, c'est bien la face amniotique qui se présente, le chorion est bien doublé par l'amnios, mais il est épaissi, et il y a de plus adhérence anormale en un point de la cavité utérine.

Il me semble qu'il faut distinguer ce cas du premier. Il faut avoir senti soi-même cette force de résistance pour s'en rendre compte; il me semblait que j'aurais plutôt retourné l'utérus en tirant qu'à produit l'arrachement des membranes.

Dans le premier cas, on craint avec raison une rupture en tirant, et l'on donne le conseil de saisir profondément les membranes avec une pince pour mieux les enrouler et les arracher; dans le second cas, ce moyen est inutile, car la pince, en donnant plus de prise, ne pourrait, à cause des adhérences, arriver à détacher les membranes qu'en produisant de grands désordres.

Dans les deux cas de M. Bailly, les membranes n'étaient pas accessibles, et sagement il a tout attendu de la nature. Dans le cas que nous citons, nous suivons le conseil de M. Bailly, mais, craignant moins la rupture, nous essayons pendant un temps raisonnable, et tant qu'il n'y a pas de complications, des tractions soutenues sur les membranes bien enroulées et saisies le plus près possible de leur point d'attache. En cas d'insuccès, nous coupons avec des ciseaux mousses les membranes le plus haut possible, afin de laisser le moins de matières putrescibles dans l'utérus, et nous abandonnons le reste à la nature. Nous partageons entièrement l'avis de M. Bailly, qui repousse toute tentative de décollement avec la main portée dans la cavité utérine. Notre observation lui donne raison.

Le 9 décembre dernier, je suis appelé près de madame D..., rue Lecourbe, n° 10. Cette dame, âgée de 23 ans, de bonne constitution, est enceinte pour la troisième fois et à terme. Douleurs légères depuis le matin, il est six heures du soir. Vers huit heures, la dilatation est complète, présentation de la tête en occipito-iliaque gauche antérieure, je romps les membranes. Vers neuf heures la sortie de l'enfant a lieu normalement. Je m'occupe de l'enfant, et vingt minutes après je reviens près de la mère. Le placenta repose sur l'orifice et présente sa face fœtale. Après quelques tractions sur le cordon, je sens le délivre qui s'engage dans le vagin, je le saisis et, lui imprimant doucement quelques mouvements de rotation sur lui-même, afin d'enrouler en arrière les membranes en cordon, je l'extrais. Mais tout à coup je me sens *arrêté solidement*. Je me fais éclairer, et j'aperçois, sortant de la vulve et tenant au délivre, un cordon de la grosseur du petit doigt. Je le déroule et reconnais facilement une partie de l'amnios et tout le chorion, qui me paraît manifestement épaissi. Je tords de nouveau les membranes sur elles-mêmes et, par des tractions légères d'abord, puis assez fortes, je cherche à les amener au dehors. Mais rien ne bouge. J'introduis deux doigts profondément dans le vagin, et, saisissant les membranes aussi haut que possible, je tire avec une certaine force, mais inutilement. Pendant une heure, comme il n'y a pas de complications, j'essaye à plusieurs reprises sans résultat. Il me semble que je renverserais plutôt l'utérus, tant la résistance est forte. J'administre un gramme d'ergot de seigle, pensant que des contractions utérines viendraient à mon secours. Une heure encore se passe en tentatives sans résultat.

Il n'y avait pas d'écoulement sanguin; mais, voyant l'inutilité de mes efforts, et la malade, ainsi que les parents présents, s'alarmant d'un aussi long retard, j'introduisis deux doigts de la main gauche et, m'en servant comme conducteurs, j'allai couper avec des ciseaux mousses les membranes aussi près que possible de leur point d'attache. Le délivre, que j'examine alors, présente tout autour 5 ou 6 centimètres d'amnios; le reste de l'amnios

déchiqueté vient doubler le chorion, qui, décollé lui-même, ne tient au délivre que par un pédicule large de 5 centimètres environ.

Le chorion est manifestement épaissi et résiste fortement au doigt.

La nuit fut bonne. Le lendemain 10 novembre, quelques coliques, écoulement lochial régulier, pouls 72°, peau fraîche. Etat général bon, la malade a uriné. Je prescrivis des lavages fréquents et deux injections d'eau tiède alcoolisée, deux potages.

11 novembre. A une visite du matin, la malade me dit qu'elle a eu, pendant la nuit, un très-grand frisson, qu'elle a claqué des dents, et qu'elle a eu beaucoup de peine à se réchauffer. On me montre un caillot assez volumineux qu'elle a rendu le matin. Examiné sous l'eau, ce caillot contient quelques débris de membranes. L'état général est bon, pouls 75°, ventre peu sensible. — Même traitement.

Le soir, je reviens. On me montre un nouveau caillot plus volumineux que le premier, que la malade a rendu vers midi, au moment où on lui donnait une injection. Cette fois, ce sont bien les membranes macérées, fortement odorantes, et probablement entières, 5 ou 6 centimètres de longueur sur 3 de largeur environ. Une des extrémités présente manifestement des traces d'attache.

Elles ont donc séjourné quarante heures environ dans l'utérus.

A partir de ce moment, tout se passa régulièrement; la montée du lait eut lieu presque sans fièvre et, aujourd'hui 21 novembre, j'ai permis à la malade de rester quelques heures levée dans un fauteuil.

LEÇONS SUR L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

SES CAUSES, SA NATURE ET SON TRAITEMENT

Par le D^r M. Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (1).

Ces jours derniers sont entrées deux femmes atteintes de ce qu'on appelle les convulsions puerpérales, l'éclampsie puerpérale, c'est-à-dire qu'elles étaient secouées de temps à autre par des convulsions épileptiques, auxquelles succédait le coma. L'une d'elles était robuste, très-vigoureuse; elle exerçait le métier de servante. Elle cachait sa grossesse; c'est dire qu'elle devait aussi cacher les accidents possibles de celle-ci et qu'elle ne leur opposait aucun traitement préventif ou palliatif. Elle était au septième ou huitième mois de conception, lors-

(1) Nous croyons devoir reproduire ces leçons qui ont paru dans la *France médicale*, et qui présentent, au point de vue de la pathogénie de l'éclampsie, le plus grand intérêt.

qu'elle fut prise une nuit d'accidents convulsifs pour lesquels elle fut soignée par sa maîtresse, qui ignorait l'état physiologique clandestin de sa servante; un médecin fut appelé; mais, ignorant lui aussi la position de la malade, il employa un traitement anodin (lequel est loin de mériter toujours son nom), c'est-à-dire qu'il fit poser des sinapismes. Aussi, depuis plus de dix heures, la malade était-elle en état de mal quand elle nous fut apportée.

C'était une femme vigoureuse; la face était légèrement gonflée, les joues plaquées de rouge; de ses lèvres s'échappait de la salive écumeuse. La connaissance était complètement abolie; il y avait coma stertoreux avec légère contracture des membres. Les jambes étaient très-fortement infiltrées. Il n'était pas douteux que cette femme ne fût atteinte de l'éclampsie de la grossesse; le volume de son ventre le démontrait assez.

Une saignée que je fis faire ne produisit qu'un bien-être limité. La malade sembla seulement avoir moins d'attaques. Puis elles se succédèrent dans le cours de la journée, et la malade accoucha, vers neuf heures du soir, d'un enfant qui a vécu. Dès son entrée, l'interne, M. Petit, l'avait touchée et avait constaté que le col était à peine dilaté comme une pièce de dix sous; plus tard, l'ouverture était grande comme une pièce de vingt sous, et la dilatation augmenta peu à peu jusqu'au moment de l'accouchement.

Cette femme tomba dans un coma de plus en plus profond, avec stertor de plus en plus bruyant; elle semblait asphyxiée, et elle succomba le surlendemain, vers cinq heures du matin. La température vaginale était de 39°,6. Elle monta progressivement jusqu'à atteindre, à minuit, 41°,8; malheureusement, la recherche de la température n'a pu être continuée plus longtemps. Le matin, à huit heures trente, trois heures après la mort, la température était de 42°,1. Cependant, je n'ose pas en conclure que la température se soit élevée après la mort, puisque nous ignorons le chiffre de la température au moment de la mort et que tout porte à supposer qu'il était excessif à ce moment. Cette femme a succombé certainement à l'asphyxie; les phénomènes observés pendant sa vie le démontrent assez, les phénomènes cadavériques le prouvent surabondamment.

Les poumons étaient énormément congestionnés, le doigt déchirait facilement le tissu pulmonaire, il y avait cette splénisation que l'on observe dans la fièvre typhoïde; en un mot, c'était une congestion allant jusque sur les confins de l'inflammation.

Pour moi, cette élévation de température au moment de la mort, et même après la mort, tenait à ce que cette femme, étant robuste, produisait du calorique de toutes parts ; mais la réfrigération par la surface pulmonaire faisant défaut, en raison de l'asphyxie, il y avait accumulation progressive de tout ce calorique non perdu. En d'autres termes, cet organisme, qui faisait du calorique de partout, par suite de son intégrité générale, en perdant moins, il y avait eu emmagasinement de calorique. Il ne faut donc pas dire que ces individus font plus de chaleur, mais qu'ils en perdent moins, et ainsi s'explique l'élévation de la température aux derniers instants de la vie chez les individus qui succombent asphyxiés par suite d'éclampsie, de tétanos ou d'accidents nerveux qui saisissent l'organisme en plein état d'intégrité.

Ce qu'il y a surtout d'intéressant dans l'examen anatomique de cette femme, c'est la lésion rénale. Il y avait maladie de Bright confirmée. Les reins étaient peu volumineux et très-anémiques ; la substance corticale présentait l'aspect de la chair d'anguille ou du veau cuit, tandis que les pyramides étaient encore assez hyperémiées.

Il existait à la périphérie des hémisphères du cerveau une congestion telle que pour beaucoup des assistants, parmi lesquels se trouvaient des internes fort instruits, il s'agissait là d'une hémorrhagie méningée, et cependant ce n'était qu'une énorme congestion avec dilatation des vaisseaux et coagulation du sang dans quelques-uns de ces vaisseaux dilatés. Ainsi, hyperémie voisine de l'hémorrhagie méningée, et contracture pendant la vie : ces deux faits sont connexes.

Nous trouvâmes dans les deux corps striés de petits foyers d'apoplexies capillaires ; en ces points, les vaisseaux avaient dû se rompre sous l'influence de l'énorme pression à laquelle ils avaient été soumis.

Quant au bulbe, il était hyperémié ; mais l'hyperémie y était moindre assurément que dans la totalité des hémisphères et de la partie centrale du cerveau. Voilà sommairement ce que nous a présenté de saillant l'autopsie.

Mais les reins étaient brightiques, mais il y avait infiltration des membres inférieurs, mais l'urine examinée par la chaleur et par l'acide nitrique décelait des flocons d'albumine. Il y avait une albuminurie considérable. En examinant les dépôts de l'urine au microscope, on y trouvait un assez grand nombre de globules de sang, — notez le fait, vous en verrez dans une prochaine conférence l'importance doctrinale, — comme aussi des cellules épithéliales desquamées et de nombreux

cylindres granuleux. En résumé donc, notre éclamptique avait eu une maladie de Bright d'origine puerpérale.

La malade qui entra en second lieu était une femme, couchée au n° 4 de notre salle Sainte-Marguerite. C'était une primipare, âgée de vingt et un ans. Elle aussi fut prise la nuit d'accidents convulsifs, pour lesquels on eut l'idée de lui appliquer un vaste vésicatoire dans le dos. Toutes les théories sont possibles, mais j'avoue ne pas comprendre celle-là. Il est vrai que, pour cette malade, l'idée de pratiquer une saignée ne devait guère venir à l'esprit : elle était très-pâle ; elle avait de l'infiltration de la face, de la suffusion des paupières.

De temps à autre, au moment de son admission, la malade était secouée par les convulsions de l'éclampsie. Revenue à elle, elle était assez maussade, ne voulait pas qu'on la tourmentât et témoignait brièvement de son déplaisir par l'énergique formule à la Cambronne ; si l'on en croit la religieuse, ce n'était pas là le langage habituel de la dame. Il y avait donc là un véritable trouble psychique, de sorte que cette femme n'avait pas seulement de l'épilepsie, mais du coma et du délire, de sorte enfin qu'elle présentait à elle seule les trois types de l'urinémie.

✓ Malgré son état d'anémie brightique, je lui fis appliquer quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, trois de chaque côté, et une amélioration momentanée s'ensuivit ; aussi, lorsque quelques heures après son mari vint la voir, la trouve-t-il causant d'une façon pertinente, et très-réjouie de sa visite ; mais dès que son mari la quitta, la raison sembla s'en aller avec lui. — Dans l'intervalle, dans la nuit du 12 au 13, la malade avait accouché spontanément d'un enfant mort. — Le mieux-être qui s'était manifesté quelque temps avant la mort de la malade semblait donc dû à la déplétion sanguine. Cependant nous avions encore une mort à déplorer, en dépit d'une méthode thérapeutique que je crois être la meilleure.

A l'autopsie, nous avons trouvé des lésions rénales, des lésions pulmonaires moins prononcées, et des lésions viscérales diverses. Les reins étaient augmentés de volume ; il y avait anémie de la substance corticale et hyperémie des pyramides, surtout vers leur sommet : c'était la troisième forme anatomique décrite par Rayer. L'injection, en de certains points, était même telle, que les veines y étaient distendues par des caillots noirâtres ; par conséquent, là encore, il y avait incontestablement de l'hyperémie, ce qui permet de supposer par induc-

tion qu'il y a quinze jours peut-être, au lieu d'un mélange d'anémie et d'hyperémie, c'était une hyperémie généralisée qui existait.

Les centres nerveux étaient anémiés ; les vaisseaux y étaient pour la plupart vides de sang. Le bulbe ne présentait rien de frappant ; on n'y distinguait ni anémie, ni hyperémie prononcée.

L'utérus ne présentait rien de particulier.

Il y a, dans ces deux cas, pour toutes les théories : pour celle de l'anémie cérébrale, comme pour celle de l'hyperémie, au point de vue pathogénique de l'éclampsie.

Mais revenons au traitement de celle-ci, et laissez-moi vous signaler d'autres faits où la méthode des émissions sanguines a été moins impuissante. Si nous n'avons pas réussi dans les deux cas que je viens de raconter, peut-être l'insuccès est-il dû à ce que le traitement avait été trop tardivement mis en œuvre, peut-être à ce que les lésions dataient de trop loin. Voici d'abord un fait qui a eu pour témoin un médecin très-répandu de Paris :

Un jour, on sonnait violemment à ma porte, comme il est habituel pour les cas de grande urgence, et l'on me suppliait de voler au secours d'une dame qui se mourait d'attaques convulsives. En effet, je trouvai dans un salon une femme couchée sur le parquet, belle et robuste jeune femme, en proie aux attaques d'épilepsie les plus hideuses et les plus violentes que j'aie jamais vues : la face était tuméfiée ; la langue, sortie de la bouche, portait la trace de morsures ; la peau était couverte de sueur. L'état du mal durait depuis deux heures. La malade, grosse de cinq mois, était fortement albuminurique, ainsi que l'indiquait l'infiltration des jambes, non moins que l'examen des urines.

Il s'agissait d'une deuxième grossesse, et la dame, d'un tempérament sanguin, était, sa fortune le permettant, parfaitement nourrie.

Elle était d'origine demi-anglaise ; près d'elle se tenait sa mère, qui, elle, était Anglaise tout à fait. Vous savez qu'en Angleterre, comme en France, la théorie de l'anémie est à la mode ; aussi, lorsque je proposai la saignée, la mère s'empressa-t-elle de se récrier, en me disant que *cela ne se faisait plus*. Je chloroformai donc pendant trois quarts d'heure sans succès. Alors un vieux médecin, prévenu en même temps que moi, arriva. Il vit immédiatement ce à quoi nous avions affaire et me dit incontinent : « Mais si nous faisons une saignée ? » Il prêchait un converti, et je lui racontai la façon dont j'avais été reçu. Forts désormais, ayant le nombre pour nous, notre ultimatum fut que nous allions saigner ou partir. La vieille Anglaise s'inclina parlementaire-

ment. La saignée fut donc faite, et aussitôt cette femme, qui depuis près de trois heures avait des attaques d'éclampsie continuelles, que j'avais chloroformée inutilement pendant trois quarts d'heure, cette femme commença à parler. Le lendemain, elle accoucha d'un enfant mort; et, comme il était dans l'ordre, la famille ne manqua pas de nous attribuer la mort de l'enfant. Ainsi, impuissance absolue des anesthésiques, puissance certaine et rapide de la saignée, voilà ce qui résulte de cette première observation.

Voici maintenant un fait historique, dont un grand nombre de personnes compétentes ont été témoins :

Il y a quelques années, je faisais un intérim à l'hôpital de la Pitié, et j'avais pour interne un jeune homme de Lausanne. Cet élève venait d'avoir une scarlatine très-légère et telle, qu'il n'avait gardé la chambre que quarante-huit heures; il ne tint compte de mes observations ni de mes conseils, et reprit son service immédiatement. Cependant un matin, dans le décours de sa scarlatine, il se plaignit à moi de mal de tête, et je dis à son compatriote Reverdin, dont vous connaissez les travaux et la valeur : « Si le mal de tête persiste dans la journée, ne manquez pas de lui ouvrir la veine. » La figure de Reverdin n'aurait pas pris une autre expression s'il avait été persuadé que j'étais devenu subitement fou. Mais, à trois heures de l'après-midi de ce même jour, on vint en toute hâte me chercher pour aller au secours de mon malheureux interne, qui, depuis trois heures déjà, était en état de mal éclamptique. Comme il était excessivement robuste, la maladie avait pris des proportions excessives, justifiant l'adage : *Optimis pessima corruptio*.

J'arrivai au bout d'une demi-heure. Le long de l'escalier se trouvait, sur mon passage, tout un chapelet d'internes, chacun d'eux considérant comme perdu son malheureux camarade; et chacun, à ma question : « Pourquoi ne l'avez-vous pas saigné? » répondait par un mouvement d'épaules ou par des paroles énergiquement significatives et voulant dire que désormais tout serait bien inutile. Aussi l'aumônier, plein de zèle, administrait-il déjà mon interne, un protestant qui ne protestait pas. Comme ce Lausannois avait été l'interne d'un des médecins les plus distingués de notre époque, professeur de la Faculté, celui-ci, immédiatement prévenu, s'était empressé d'accourir; mais il portait le même pronostic que tous les internes, et déclarait le cas désespéré. Alors, dans l'embrasure d'une fenêtre, je disais à ce maître : « Si on le saignait? — Mon Dieu, me fut-il répliqué, nous n'avons le

droit de rien refuser au malade dans cette situation suprême. » Je saignai donc, et dans les conditions les plus difficiles : l'interne en se débattant était tombé de son lit, et quatre de ses collègues le maintenaient par terre à grand'peine. Je mis un genou en terre et fis couler dans une cuvette 1,200 grammes de sang ; mais, si l'on y ajoute ce qui s'était échappé de divers côtés dans les mouvements du malade, la quantité de sang enlevée s'élevait bien à 1,500 grammes. A peine la saignée était-elle finie (il était alors cinq heures du soir), que le malade proféra le mot de « Papa, » le premier qui fût sorti de sa bouche depuis qu'il était en état d'éclampsie. Quelque temps après, il se mit à dire : *Tiens, il fait nuit*. Et il faisait encore grand jour ! Je craignis un instant de ne l'avoir empêché de mourir que pour le faire vivre aveugle ; sans doute il s'était formé des dépôts albumino-fibrineux dans la rétine. Une demi-heure après, il avait cessé d'être amaurotique, n'était plus qu'hémiopique. Pendant la soirée, on continua la méthode dérivative par l'administration de l'émétique en lavage. Le lendemain matin, le malade était pâle, mais demandait à manger. Comme il était très-fortement albuminurique, on continua le traitement par l'emploi du lait et des huîtres. Au bout de cinq ou six jours, il était guéri. Ainsi ce malade, qui avait été déclaré perdu par tous les internes d'un hôpital, par un professeur de notre école, avait été sauvé par la saignée.

Encore un fait historique, dont beaucoup d'entre vous ont pu être témoins. Un jour, vers dix heures du matin, je me trouvais dans un service de clinique de la Faculté, dans lequel il y avait une femme récemment accouchée, albuminurique, et qui, depuis quatre heures et demie du soir (depuis près de dix-sept heures !), était en état de mal éclamptique. Aussi jamais face ne fut-elle plus hideuse. Le pouls était tellement rapide, l'asphyxie tellement prononcée, que l'on avait porté ce jugement : « Il n'y a plus qu'à lui jeter le drap sur le visage. » Le chef de clinique me demanda ce que je pensais du cas : « Quel traitement a-t-on employé ? — Mais rien : c'est l'anémie du bulbe ! — Eh bien ! si vous considérez la malade comme perdue, que n'essayez-vous la saignée ? » En m'entendant, la religieuse, qui me connaissait, me pria de laisser mourir en paix la pauvre femme. On pratiqua néanmoins la saignée, et l'on retira un peu plus de 500 grammes de sang. Alors cette femme, qui depuis près de dix-sept heures était en état de mal, porta la main à son front : c'était le premier acte conscient qu'elle eût accompli depuis la veille au soir. On continua la méthode antiphlogistique par l'émétique en lavage, et, le lendemain matin, les élèves

retrouvaient bien portante cette femme, que la veille on avait condamnée. Elle aussi était albuminurique; elle était accouchée depuis une dizaine de jours : c'était une éclampsie puerpérale.

Ainsi donc, si la saignée a été insuffisante dans deux cas, je puis vous en citer trois autres, dont deux historiques, qui sont absolument probants, quant à l'efficacité de son action.

Dans la prochaine conférence, j'aborderai la question pathogénique de l'éclampsie puerpérale.

(A suivre.)

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

Traitement à suivre dans les positions difficiles de la tête en occipito-postérieure (observations fondées sur vingt-six cas). — Mémoire lu devant la Société d'obstétrique d'Edimbourg par le Dr **Angus Mac-Donald**.

Maintenant, quant à la raison pour laquelle ces cas d'occipito-postérieure sont si fréquemment défectueux eu égard à leur rotation, ceci est une question très-difficile à résoudre.

La grande distance que l'occiput doit parcourir pour revenir en avant et le front en arrière, est, elle-même, suffisante pour expliquer quelques-unes des difficultés; l'action utérine n'étant pas suffisante pour produire ce mouvement, même quand l'occiput descend bien. Mais l'occiput ne descendant pas bien d'abord, comme le Dr Uvedale West l'a signalé, doit être aussi considéré comme une des causes de l'arrêt dans le mécanisme.

Mais alors, même quand l'accouchement se termine la face tournée vers le pubis, l'occiput descend si bien en bas, qu'il devient le point qui se dégage le premier, quand le mécanisme de la rotation manque, sans cependant revenir en avant. Je ne crois pas, avec Leishman, que dans ces cas de rotation en avant, lorsque l'occiput est primitivement en arrière, qu'il soit nécessaire ou exact que l'occiput descende si bas qu'il vienne se mettre en rapport avec le diamètre antéro-postérieur qui passerait horizontalement par le sommet de l'épine ischiatique qui se trouve du côté vers lequel l'occiput est dirigé. Je suis certain que beaucoup, si ce n'est tous les cas qui tournent, font ainsi, que la protubérance occipitale est distinctement au-dessus du plan de l'épine correspondante de l'ischion, et que l'extrémité occipitale du

levier crânien passe au-dessus de l'épine dans son mouvement en avant. De cela, je me suis, à plusieurs reprises, convaincu moi-même par une observation attentive et prolongée, pendant que le mécanisme de la rotation en avant se produisait.

Je considère que nous sommes trop enclins de regarder la tête fœtale, comme une masse résistante dans sa conduite dans la marche initiale de ce mouvement, et que la tendance première de la tête de se mouvoir en avant est due à sa nature élastique et à sa propriété de se mouler sous l'influence des douleurs. La force des douleurs transmises le long de la colonne vertébrale se transmet principalement à l'extrémité occipitale de la masse plastique de la tête de l'enfant; et comme c'est dans une direction seulement, c'est-à-dire en avant que cette masse peut s'ébranler puisqu'elle est entourée postérieurement et latéralement de parois dures et résistantes, elle commence à bomber dans la direction antérieure qui ne présente pas de résistance, et ainsi une tendance est établie, qui sans doute a pour effet, dans des circonstances favorables, de faire que le front s'élève un peu de manière à laisser plus de place pour que les parties situées au-dessous soient soumises à une plus grande tension. Il faut aussi se rappeler que la saillie formée par la protubérance pariétale postérieure, dans les cas de présentation occipito-postérieure, détermine une bien plus grande tendance à faire glisser l'occiput en avant que dans le cas où cette dernière partie répond au trou ovale du bassin. Quoi qu'il en soit, j'ai surveillé pendant des heures les cas occipito-postérieurs avant leur rotation, et j'ai observé que le moulage de la tête invariablement précède le mouvement de la rotation souvent instantané, de la tête en avant.

Je suis enclin à croire que, quoique le rétrécissement relatif du diamètre transversal du bassin soit, sans aucun doute, une cause principale de ces cas de position occipito-postérieure, le fort volume de la tête en est une des causes les plus fréquentes, et qu'en conséquence de ce volume de la tête, le front s'enclave en avant, et que sa tendance à tourner ne trouve plus de jeu. Aussitôt qu'il refuse de tourner en arrière, comme il devrait le faire, la même condition plastique de la tête fœtale agissant à travers le bregma, qui est maintenant la partie opposée à la moindre résistance, l'enfonce de plus en plus dans l'espace vide et ainsi rend très-promptement la rotation du front en arrière impossible, et par conséquent, celle de l'occiput en avant. De sorte que la

même condition plastique de la tête, qui offre la meilleure explication de la cause de la rotation propre en avant, explique le mieux aussi le manque de cette rotation quand la tête est volumineuse.

La fréquence avec laquelle ces positions irrégulières se présentent chez la même femme, atteste suffisamment qu'une conformation spéciale du bassin y est pour beaucoup.

Chez une de mes clientes, j'ai trouvé sur 3 accouchements deux occipito-postérieures et une face, les trois accouchements furent faciles. Chez une autre, trois positions occipito-postérieures et une du front. Chez une troisième femme, les quatre accouchements se terminèrent par trois positions occipito-postérieures et par une face.

Je pourrais multiplier les exemples d'après mes notes, mais ceux déjà cités sont suffisants pour prouver que les positions occipito-postérieures se répètent souvent chez le même individu.

Quelques mots maintenant en finissant sur la conduite à tenir dans ces positions occipito-postérieures, dans lesquelles le forceps est devenu nécessaire par suite d'inertie originelle de l'utérus, affaiblissement de la matrice causé par des contractions très-douloureuses ou d'autres causes, mais dans lesquelles, quand la tête fut arrivée au fond du bassin osseux, l'occiput tourna en avant.

De tels cas ne doivent pas être confondus avec ceux de travail compliqué dans lequel la tête est prise par le forceps dans la partie supérieure du bassin avant que cette tête ait quitté le diamètre transverse. Ceux dont je parle ont été diagnostiqués comme cas d'occiput à la symphyse sacro-iliaque, avant que les instruments aient été appliqués. Cependant cela est de peu d'importance, si quelques-uns d'eux étaient des cas de position transversale primitive de la tête ; parce que même alors, la même difficulté de rotation de l'occiput en avant, à l'entrée des voies génitales, serait éprouvée quand on l'aurait saisie avec le forceps courbe ; seulement dans ce cas à un moindre degré, vu que la divergence angulaire entre le diamètre conjugué et les extrémités du diamètre transverse, est moindre que la distance angulaire, entre l'extrémité antérieure du conjugué et l'extrémité postérieure de l'un ou de l'autre diamètre oblique, mesurée le long du détroit supérieur du bassin.

Dans ces cas, nous avons observé de nombreuses difficultés, et c'est avant que la tête soit bien descendue sur le plancher du bassin, et je crois que cela ne dépend pas tant de la position, que des dimen-

sions généralement grosses de la tête, joint à cela l'arrêt de contractions propres d'un utérus qui a été surmené précédemment dans une première période.

Je répète que l'obstacle peut rarement s'expliquer d'une manière nette par la position. Car avant que cet obstacle, dû à une rotation difficile, puisse entrer en ligne de compte, le vertex doit être descendu au niveau du bord inférieur de la troisième pièce du sacrum, ce que je suis convaincu de n'avoir pas observé dans tous mes cas. Cependant la situation en arrière de la fontanelle postérieure, donne sans nul doute plus de difficultés à vaincre, qu'il en aurait été autrement. Dans deux ou trois de ces cas, les têtes se trouvaient être d'une telle dimension, que la concavité du long forceps de Simpson ne pouvait pas embrasser la tête entière; une portion seulement s'y trouvait logée. Il en résultait donc une grande tendance pour cet instrument de glisser, ce qui dans le premier cas que j'ai observé m'avait fortement étonné.

Dans tous ces vingt cas, la rotation s'exécuta entièrement ou partiellement dans l'étendue du bassin osseux, et résultant purement d'efforts de tractions. Dans aucun je n'ai trouvé la moindre difficulté quand j'opérai chez des multipares, et je n'ai pas pu non plus trouver la moindre trace d'endommagement des parties molles. D'autre part, en opérant chez des primipares, j'ai fréquemment trouvé quelques abrasions ou autres solutions de continuité à la partie inférieure de la membrane muqueuse du vagin. Maintes fois aussi me suis-je trouvé fort ennuyé de cela et me suis-je fait à cette occasion d'inutiles reproches.

La cause principale de ces abrasions, dont quelques-unes deviennent des déchirures, et qui peuvent cependant être de beaucoup diminuées par une attention spéciale, et particulièrement en opérant lentement, est cependant inévitable. Cette cause réside dans le mouvement de rotation de la tête; à l'orifice de sortie elle se trouve embrassée par le forceps, les parties molles sont alors en même temps très-comprimées. Le résultat est celui-ci :

Supposons avoir à opérer dans un cas où l'occiput se présente à gauche et postérieurement; lorsque la tête est engagée dans l'orifice de sortie du bassin osseux, on verra cette tête faire son mouvement de rotation, sous la seule influence d'efforts de traction; et agissant ainsi, elle entraîne dans une position oblique les cuillères du forceps, qui avaient été appliquées primitivement en rapport avec les parois de la cavité pelvienne, de telle sorte que la ligne joignant le point

central de chaque fenêtre pouvait presque passer dans le sens transversal du bassin.

La branche gauche est alors poussée de bas en haut avec une force considérable, vers l'extrémité supérieure, et du côté gauche de l'orifice vulvaire, pendant que la branche droite tourne de haut en bas, et de manière que sa partie tranchante se trouve contre le périnée.

Supposons maintenant que les contractions soient énergiques, ou bien que l'on continue les efforts de traction, il est fortement à craindre, alors, que le vagin ne se trouve endommagé, de l'une ou l'autre manière. En plus de ces risques, il est excessivement important d'observer que, dans la plupart des cas, la cuillère qui se trouvait en rapport avec l'extrémité occipitale de la tête du fœtus se trouvait avoir été appliquée, de telle sorte que la tubérosité de l'occipital était logée dans l'espace des fenêtres. Cette partie proémine considérablement entre les bords de la fenêtre; et il faut prendre des précautions pour enlever l'occiput de cette situation avant que la cuillère du forceps puisse être retirée.

Si maintenant, dans notre anxiété de prévenir quelques ruptures ou déchirures, qui pourraient résulter de la mauvaise position oblique dans laquelle ont été entraînées les cuillères, nous tentons de tirer la branche gauche par trop inconsidérément, nous courons le risque de déterminer sans nécessité une déchirure sur le côté gauche que nous voulions préserver.

Cette chose étant connue, j'ai pris dans ma pratique l'habitude de retirer les cuillères aussitôt que la tête se trouve engagée, quoique non hors du bassin. Je prévient la rétrocession de cette tête par une légère pression sur le front, au moyen de l'index de la main droite introduit dans l'anus, pendant que j'exerce une légère pression sur l'abdomen de la main gauche. J'attends alors que des contractions convenables viennent compléter l'expulsion, si toutefois il y a possibilité, aidant ces contractions par quelques manipulations comme Von Ritgen l'a conseillé. La tête qui, jusqu'alors, n'avait exécuté son mouvement de rotation que partiellement en général, vient alors graduellement et lentement compléter son mouvement de rotation de manière à amener la suture sagittale, presque en rapport avec le plan médian antéro-postérieur du corps, et en même les parties molles sont lentement dilatées. Mais si la résistance du périnée est trop grande, ou si la contraction utérine tarde à revenir de nou-

veau, le praticien se trouve obligé de réintroduire le forceps et d'effectuer la délivrance.

J'ai toujours pensé que si l'on se trouvait muni d'une paire de forceps droits en pareil cas, qu'il serait avantageux de retirer les cuillères courbes, une fois que la tête a été bien descendue dans l'étendue du bassin osseux; puis fixant cette tête par de régulières pressions, appliquer les instruments droits et de cette manière terminer la délivrance.

J'en'ai jamais eu de ces occasions assez fortunées pour pouvoir faire l'application de ces deux instruments, mais je me propose, à une prochaine occasion d'en faire l'essai. Le court forceps peut naturellement être laissé libre de faire des mouvements de rotation dans une direction quelconque sans craindre le moins du monde d'amener de mauvais résultats.

Ces cas, selon mon opinion, forment une forte objection à la règle générale, qui est cependant bonne, à savoir que chacun devrait s'habituer à ne se servir uniquement que d'instruments longs et courbes.

Une autre remarque avant de terminer, la voici :

Je ne crois pas qu'une seule personne puisse entreprendre de se servir de ces instruments, dans une telle circonstance, sans l'aide d'une autre personne expérimentée, qui au moins pourrait se charger d'administrer le chloroforme. J'ai plus d'une fois éprouvé de l'anxiété et de l'embarras en me voyant réduit à me laisser aider par une garde tout à la fois ahurie et ignorante.

Comme un exemple des difficultés dont je veux parler, je donne *in extenso* la seule cause fatale que j'aie rencontrée dans ce genre, afin que l'on puisse juger et se rendre compte de quelles sortes de cas il est question :

M^{me} M. M'g., 23 ans, accoucha le 21 novembre 1873. La patiente se trouva malade le 17 novembre, mais ne prévint pas, ou du moins ne fit pas prévenir son médecin (étudiant attaché au dispensaire de Newtown) que le 19 courant. Il reste près d'elle toute la nuit, et comme elle se plaignait de vives douleurs, il lui administra en premier lieu 30 gr. d'hydrate de chloral; ensuite 23 gouttes de laudanum.

Au matin du 20 courant, après examen fait par mon assistant, alors docteur B. J. B. Smith, nous décidâmes que la tête se trouvait fortement descendue dans le bassin, et l'orifice dilaté de la grandeur à peu près d'une couronne, mais avec une rigidité, apparemment causée par de trop fréquents attouchements, qui s'élevaient de 40 à 50 fois dans la

nuit qui avait précédé. Le pouls était à 78 puls.; douleurs pas excessivement fortes; quelques vomissements; les membranes étaient rompues depuis deux heures environ.

Dans la soirée, l'orifice un peu plus dilaté, mais resserrant la partie de la tête très-fortement; douleurs lentes et irrégulières; pouls bon; la patiente se trouvait dans de meilleures conditions que dans la matinée; quoique la respiration fût un peu trop rapide, la malade passa la nuit dans ces conditions et reposa un peu après une dose de chloral qui lui fut administré par l'étudiant qui la soignait.

Or le 21 courant, à 10 h. 30 m., je la vis pour la première fois; après l'avoir examinée, je trouvai le pouls régulier, à 80; langue bonne; température normale, mais vomissant tout ce qu'elle prenait; l'utérus dur et sensible; la vessie était considérablement distendue et absence totale de contraction; en pratiquant le toucher vaginal on sentait la tête bien descendue; mais l'orifice utérin à moitié dilaté; forte bosse séro-sanguine, occiput à gauche, et postérieurement, une entaille d'un centimètre à peu près de profondeur au côté gauche de l'orifice; les battements du cœur fœtal se faisaient entendre réguliers, quoique un peu faibles du côté droit de l'utérus.

La vessie fut vidée et on laissa la patiente dans cet état jusqu'à une heure du matin, espérant que des contractions ne tarderaient pas à se produire, mais cette heure étant arrivée sans aucun changement, les longs forceps furent appliqués; en les introduisant, on observa que l'orifice était particulièrement friable et fragile, et que le tissu céda sous les doigts, comme le ferait un morceau de peau qui aurait longtemps séjourné dans l'eau.

Avec de nombreuses difficultés, la tête, qui se trouvait être d'une dimension remarquablement énorme, fut amenée à travers l'étendue du bassin osseux, subissant en même temps la longue rotation de l'occiput, d'arrière en avant et à droite, en raison de quoi le forceps fut entraîné dans une position oblique, donnant lieu à des lésions au côté gauche du vagin et abrasions au côté droit.

La branche gauche était venue se fixer sur la tubérosité de l'occipital, et la branche droite sur le front. Craignant d'autres lésions, le forceps fut retiré, dans l'espérance que quelques contractions viendraient terminer la délivrance.

Malgré tous les efforts employés pour ramener la contraction utérine, l'inertie fut profonde; la réapplication du forceps fut faite de nouveau, et la délivrance se fit artificiellement à 2 heures 30.

L'utérus se contracta, et aucune hémorrhagie n'eut lieu après la sortie du placenta.

L'enfant, qui se trouvait être un garçon, était mort.

Dans la soirée qui suivit, la malade était dans un état fiévreux, et complètement épuisée; la langue épaissie et sèche; le pouls à 120.

La respiration 50 par minute; pas trop de sensibilité du côté du ventre.

Elle prit 2 pilules de Dover de chacune 5 grains, ne reposa que médiocrement, et, le matin, elle se trouva plus épuisée. Le pouls à 120, mais presque imperceptible. Respiration 50. L'abdomen dans un état de tympanite, et grande sensibilité en pressant l'utérus.

Toutes les demi-heures, la patiente prit des bouillons stimulants, ainsi qu'une pilule, contenant 2 grains de calomel et 1 demi-grain d'opium, toutes les cinq heures; puis de chaudes fomentations, avec de la térébenthine, appliquées sur l'abdomen. A 1 heure, l'état était le même; mais la garde avait été assez négligente pour donner à la malade de l'eau-de-vie, seulement une fois, à 6 heures. Le pouls plus intense; à 10 heures, elle était évidemment mourante, et à 11 heures, le 22, elle mourut.

L'examen *post mortem* fut refusé.

Comme il est maintenant constaté, je ne crois pas pouvoir considérer l'opération comme ayant été la cause de cette fatale issue.

La douloureuse terminaison de ce cas n'était due, sans aucun doute, qu'à une *métrite aiguë* survenue à la suite d'un travail particulièrement laborieux, chez une femme affaiblie par l'existence d'une phthisie pulmonaire.

Après avoir vu cette malade pour la première fois, j'ai craint une rupture de la partie inférieure du corps de l'utérus. Cette opinion avait été fondée d'après la mauvaise condition dans laquelle se trouvait l'orifice.

Il est regrettable que la *nimia diligentia chirurgiæ*, de la part de l'étudiant qui assistait cette femme, ait été si mal dirigée. Ce n'est qu'une bien pauvre excuse de démontrer que l'erreur, en cette circonstance, n'avait été commise que sous l'influence de bons motifs.

J'ai la ferme conviction que si le chloral et l'opium n'avaient pas été administrés, le résultat n'aurait pas été le même, de même que si l'on s'était abstenu de ces trop fréquents touchers qui n'ont produit que des résultats fâcheux.

La nature des endommagements infligés par le forceps aux parties

molles quoique résistantes, est caractéristique dans les causes dont je viens de parler.

Une question peut s'élever ici, qui, à ma manière de voir, est une des plus importantes et difficiles dans l'art des accouchements; la voici :

Quand, dans un cas, la rigidité de l'orifice est telle que dans le précédent, à quel moment est-il utile d'intervenir? Une réplique pourrait venir en réponse à ma demande : n'avait-on pas mis trop de délai à faire l'application de ces instruments?

A plusieurs reprises, j'ai mis à épreuve, dans des cas de rigidité de l'orifice et la délivrance de bonne heure, et, d'autre part, un peu tardivement, sans crainte ni pour la mère ni pour l'enfant, et je dois dire que, plus je vois de ces cas, plus j'entre dans la conviction qu'il est beaucoup plus sage de faire l'opération plutôt en avance qu'en retard.

Voyant qu'à 10 heures 30 minutes, le 21, les battements du cœur de l'enfant se percevaient d'une manière assez distincte, et le poulx de la femme à 80, il me semble que le délai n'était pas excessif, en remettant à deux ou trois heures plus tard l'opération, dans l'espérance que les contractions reviendraient.

Mais cette solution n'est pas applicable à tous les cas de ce genre, car les circonstances qui environnent une patiente forment seules une loi applicable à la situation présente.

Je dois conclure en formulant ici les principaux points *pratiques* que j'ai essayé d'esquisser dans ce mémoire et qui sont :

1° Dans les positions O. P., si elles sont persistantes, nous pouvons affirmer que nous avons quelques particularités pelviennes, ou avons affaire à une tête disproportionnée, et, règle *générale*, toutes tentatives de rectifications artificielles dans la position de la tête restent infructueuses et deviennent même dangereuses, si surtout la tentative est effectuée au moyen de forceps ou autre.

2° La seule exception est quand la suspension temporaire est occasionnée par un déplacement d'une tête offrant de petites dimensions; en pareil cas on a la faculté d'attendre que la force normale d'expulsion vienne effectuer la délivrance, ou de faciliter les quelques rectifications de la tête à l'aide de la main.

3° Dans les cas qui menacent de se terminer la face tournée vers les pubis et qui sont en même temps difficiles, il vaut mieux alors attirer cette tête, en prenant certaines précautions, et éviter toute tentative de rectification de la tête. Puis prendre un soin particulier

de garantir le périnée, au moment où l'occiput vient, en le pressant, le distendre.

4° Dans les cas de positions O. P. difficiles, dans lesquelles la rotation s'effectue dans l'étendue du bassin osseux, pendant que la tête est embrassée par le forceps courbe, il existe alors grands dangers que le forceps n'endommage considérablement les parties molles (chez une primipare) en raison de ce que les forceps se trouvent rejetés dans une position oblique.

5° Afin de prévenir cet accident, il faut ou 1° que les cuillères soient retirées avec précaution, la tête fixée en position, et permettre à l'utérus de finir l'expulsion de la tête; ou 2° alors les instruments courbes peuvent être réappliqués et ajustés, suivant le changement relatif des parties; ou 3° de courts et droits forceps peuvent être appliqués, et mettre ainsi en sécurité la sortie de la tête.

REVUE CLINIQUE.

Eclampsie. — Mort.

Femme Maillard, 27 ans, entrée le 13 janvier à neuf heures du matin.

Cette femme est apportée à la Clinique dans un état comateux complet, elle est étendue inerte, la face congestionnée, un peu de sérosité sanguinolente s'écoule de sa bouche. Les membres inférieurs sont un peu infiltrés. Sa tante, qui l'a amenée, raconte qu'hier elle se plaignait d'un violent mal à la tête et de douleurs épigastriques, et que tout à coup, vers minuit, elle a été prise d'une attaque violente, qu'une autre attaque s'est montrée quelque temps après, et qu'enfin il y en a eu une vingtaine de minuit à neuf heures du matin, heure à laquelle on l'a apportée à l'hôpital. A neuf heures et demie, nouvelle attaque à la Clinique. M. Depaul constate que le travail est commencé, l'orifice est entr'ouvert, mais il est rigide. Un peu de sang s'échappe par les parties génitales. L'enfant est vivant. — Saignée de 500 grammes.

Les attaques se succèdent dans l'ordre suivant : 1^{re} à 9 h. 1/2; 2^e à 10 h.; 3^e à 10 h. 1/4; 4^e à 10 h. 35; 5^e à 11 h. 20; 6^e à 11 h. 35; 7^e à 12 h. 20; 8^e à 12 h. 35; 9^e à 1 h. 10.

Cette dernière attaque est arrivée pendant que l'on faisait une seconde saignée. A partir de ce moment, il n'y a plus eu de convulsions, mais à deux heures on constate qu'un état très-grave s'est produit brusquement. Cette femme était agonisante, sa respiration était stertoreuse, elle avait de l'écume à la bouche, poussait des gémissements et n'ayant retrouvé aucune de ses facultés. L'orifice s'était un peu dilaté sous l'influence de quelques contractions qu'on a pu constater, mais le col est toujours rigide. Le doigt introduit dans sa cavité peut percevoir une disposition particulière; à la

lèvre postérieure, au point où se trouvait l'orifice interne avant la dilatation, on sent une espèce de bride transversale s'implantant latéralement et très-tendue. Malgré la gravité de l'état et son peu de propension à intervenir dans les cas d'éclampsie, M. Depaul, pensant que c'était la bride rigide qui retardait l'accouchement, se décida à terminer l'accouchement. Deux incisions sont faites latéralement, et une autre en arrière sur une profondeur de 4 à 5 millimètres au plus; le col s'ouvre immédiatement très-largement, et le forceps est appliqué. A ce moment, un flot d'un sang noirâtre, que l'on peut évaluer à 200 gr., s'écoule des parties génitales et vient probablement à la suite d'un décollement placentaire. M. Depaul pratique quelque tractions peu énergiques, et la tête est extraite facilement. La délivrance est faite naturellement, mais le placenta présente encore quelques petits caillots adhérents à sa face utérine.

Le poulx a l'air de se ranimer un peu, devient un peu plus fort. La malade fait quelques mouvements, cependant les battements du poulx ne tardent pas à s'affaiblir, et la mort arrive à dix heures du soir.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Cerveau décoloré tout à fait anémique, ne laissant écouler à la coupe aucune goutte de sang, pas de lésion dans la texture.

Rien aux poumons. Cœur volumineux, surtout à gauche, où l'hypertrophie est très-nette.

Le foie est congestionné, il présente à sa surface et dans toute son épaisseur un piqueté hémorrhagique; à la coupe il s'écoule une grande quantité de sang noir.

L'utérus, de volume ordinaire, a les parois peu épaisses; il contient du sang en caillots, qui sont adhérents surtout au lieu d'implantation du placenta. On retrouve sur le col les incisions faites au moment de l'accouchement, et l'une d'elles semble s'être prolongée en bas et en arrière dans le tissu même du vagin, sans cependant avoir intéressé toute l'épaisseur de ce canal. Il est bien entendu que le péritoine est intact.

Femme en travail depuis quatre jours. — Enfant hydrocéphale. — Craniotomie. — Application du forceps. — Mort.

Il y a quelques jours, une sage-femme, du quartier des Champs-Élysées, m'envoya chercher pour venir terminer par le forceps, disait-elle, dans un mot qu'elle m'écrivait, un accouchement qui traînait en longueur.

Voici les renseignements que me donnèrent à la fois le mari et la sage-femme quand je me rendis à l'adresse indiquée. Il s'agissait d'une jeune femme d'une trentaine d'années, enceinte pour la seconde fois et arrivée au terme de la gestation. Sa première couche s'était assez bien passée; toutefois, la petite fille qui en avait été le résultat, portait, d'après quelques paroles assez vagues du mari, une fente à la lèvre supérieure, qu'il attribuait, selon lui, aux douleurs du travail de l'accouchement et aux fréquents attouchements de la sage-femme chargée, à cette époque, de donner ses soins à cette jeune femme. Mais il s'agit très-probablement d'un bec-de-lièvre simple.

Quant à la grossesse pour laquelle j'ai été appelé, elle n'a rien présenté d'insolite, si ce n'est une chute faite dans un escalier, il y a environ deux mois, à la suite de laquelle la malade a accusé une violente douleur dans l'abdomen. Dans les derniers temps, cette femme remarqua que son ventre était extrêmement développé, et lui fit craindre un instant d'avoir des jumeaux. Vers le 10 janvier, elle perdit un peu d'eau, et tous les jours une petite quantité de liquide s'écoulait par les parties, mais en quantité assez minime pour que l'on ne pût même pas craindre une rupture prématurée de la poche amniotique, mais simplement un décollement de la partie inférieure de l'œuf. Enfin, dans les derniers jours, une grande quantité de glaires sanguinolentes s'était échappée en même temps que ce liquide.

Les contractions utérines commencèrent faiblement le samedi dans la journée, et, à partir de ce moment, la malade ne sentit plus les mouvements actifs de l'enfant. Les douleurs ne prirent cependant une régularité expulsive que dans la journée du dimanche, et les choses marchèrent d'abord lentement, puis peu à peu les contractions se renouvelèrent très-fréquemment. La sage-femme, appelée dès le début du travail, en put suivre toutes les phases, et constata que le col s'effaçait et se dilatait lentement; en même temps, il lui était impossible de reconnaître la partie fœtale qui s'avancait, si bien qu'en considérant l'aspect extérieur de l'utérus, dont on pouvait voir les contours à travers la paroi abdominale, et qui semblait en quelque sorte bilobé, elle put, elle aussi, croire à une grossesse gémellaire.

L'orifice utérin ne fut complètement dilaté que dans la nuit du mardi au mercredi, c'est-à-dire à peu près trois fois vingt-quatre heures après le début du travail. A ce moment, la poche des eaux, qui était entière, formait une énorme saillie dans le vagin, et la sage-femme crut alors pouvoir, sans inconvénient, rompre cette poche. Une très-grande quantité de liquide amniotique s'échappa aussitôt, et ce liquide était rempli de méconium. Aussitôt après cet écoulement, la sage-femme constata, par le toucher, la présence d'une tête encore très-élevée au-dessus du détroit abdominal. A partir de ce moment, les contractions utérines, qui s'étaient un peu ralenties depuis quelques heures, se ranimèrent de nouveau, et firent espérer un prompt engagement de cette tête et une rapide délivrance. Malheureusement il n'en fut rien, et, malgré d'énergiques efforts, les choses restèrent dans la même situation pendant toute la journée de mercredi, la nuit suivante, et le jeudi matin. Jusqu'à ce dernier jour, la malade n'avait rien présenté d'anormal dans son état général : femme vigoureuse et résistante, elle avait paru supporter, sans trop de fatigue, cette longueur exagérée dans le travail de l'accouchement. Mais, le jeudi, les aliments et les boissons, qu'elle avait jusqu'alors très-bien acceptés, furent rejetés par l'estomac à chaque nouvelle tentative d'absorption. En même temps, les contractions se suspendaient complètement, et une certaine anxiété se peignait sur le visage. Dans l'après-midi, on lui parla de la nécessité d'appeler un médecin; ce qui parut l'effrayer considérablement, et, d'après le dire des assistants, à partir de ce moment, le facies prit une expression d'anxiété profonde, les inspirations se rapprochèrent, et le poulx devint filiforme, imperceptible.

C'est dans cette situation que je trouvai la malade quand j'arrivai près

d'elle, vers quatre heures et demie du soir. On me mit au courant de tous les détails que je viens de transcrire, et, pendant ce temps, je considérai cette pauvre femme, qui présentait tous les symptômes des femmes chez lesquelles une rupture utérine est survenue. Un fait, surtout, semblait confirmer cette appréhension, sur laquelle je suis un peu revenu depuis : quoique incomplètement, c'est une douleur très-vive que la malade accusait dans la fosse iliaque droite. Le palper abdominal, cependant, n'était pas très-douloureux, et l'on pouvait très-bien suivre les contours de l'utérus, assez fortement rétracté sur son contenu. Il présentait, en effet, cet aspect bilobé qui avait fait croire à une grossesse gémellaire ; toutefois, l'un des lobes, celui du côté droit, était beaucoup plus élevé et beaucoup plus volumineux que l'autre qui occupait le côté gauche, et qui ne remontait guère qu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Je pratiquai l'auscultation dans tous les sens, et il me fut impossible de saisir le moindre battement du cœur fœtal. L'absence de ce signe stéthoscopique, jointe aux renseignements qui m'avaient été donnés, me confirma dans cette idée que l'enfant avait succombé.

Par le toucher je m'assurai qu'aucune partie fœtale n'était engagée dans le vagin ; mais, à la partie supérieure de ce conduit, reposant sur le détroit supérieur, et bombant très-légèrement dans l'aire de cette ouverture, on atteignait et l'on distinguait très-nettement une portion de la tête fœtale. Un peu étonné d'abord de l'élévation de cette partie, je cherchai s'il n'y avait pas un rétrécissement pelvien, ou la présence d'un membre du fœtus en procidence sur les côtés de cette tête ; mais ces recherches ne donnèrent que des résultats négatifs et je revins à la portion céphalique que j'examinai plus complètement. Je remarquai alors que cette partie, que l'on ne pouvait pas reconnaître pour autre chose que pour le cuir chevelu, n'était pas supporté par derrière par une surface osseuse et lisse comme celle des os du crâne. D'un autre côté, ce n'était pas là la mollesse d'une bosse séro-sanguine exagérée, ce qui n'aurait rien eu d'impossible vu la longueur du travail ; en outre, sur le côté, je perçus très-distinctement une arête osseuse. Enfin, en mettant la main sur l'abdomen et en pressant sur la tumeur droite, la plus petite, il me sembla que j'imprimais des mouvements à la tête que touchait le doigt placé dans le vagin, et, en combinant ainsi ces divers éléments, il me devint presque certain que nous avions affaire ici à un cas de dystocie par hydrocéphalie.

J'annonçai donc à la famille 1° que l'enfant était mort, et que 2° selon toute probabilité il présentait un vice de conformation dont j'expliquai la nature, en ajoutant que, dans tous les cas, les opérations auxquelles j'allais me livrer sur lui, si par contre je me trompais, quant à l'hydrocéphalie, n'auraient aucun inconvénient, puisque la cessation de la vie fœtale était certaine, et que pour le bien de la mère il y avait lieu de diminuer autant que possible le volume de la tête de l'enfant.

Il me restait à me déterminer sur le choix des moyens à employer pour terminer cet accouchement.

La première pensée fut d'appliquer le forceps, non pas pour extraire le fœtus intact et faire des tractions que je sais être, dans ces cas, le plus souvent inu-

tiles, à moins que le liquide céphalique ne fuse du côté de la poitrine par une ouverture accidentelle; mais mon intention était, après avoir appliqué le forceps, de percer le crâne, en glissant le crâniotome entre les mors du premier instrument. Je plaçai donc la branche gauche du forceps, ce qui se fit sans difficulté; mais la tête était énorme, et, comme je l'ai dit, très-élevée, si bien que, pour que la concavité de la cuillère réponde à la convexité de la tête et ait par conséquent une bonne prise sur cette partie, il me fallut enfoncer très-profondément cette première branche, si bien que le pivot s'enfonçait jusque dans le vagin, et que je me voyais dans l'impossibilité d'articuler l'instrument, et en admettant même que j'y fusse parvenu, il me devenait fort difficile de faire la crâniotomie.

Je retirai donc cette première branche et je commençai par la crâniotomie.

Je fis préalablement fixer fortement la tête au-dessus des pubis, puis, avec le crâniotome de Samico, je perforai le crâne; cela se fit sans difficulté. Aussitôt un jet liquide s'échappa de la vulve, et comme j'avais eu la précaution de tenir une cuvette à ma portée, je pus recueillir la majeure partie du liquide crânien qui ne s'éleva pas à moins de 1 litre $1/2$, sans compter ce qui s'écoula dans les linges à ce moment et pendant la suite de l'opération. Je dois noter en passant qu'il ne s'échappa aucune parcelle de matière cérébrale à ce moment, et ce ne fut que dans le passage de la tête à la vulve, qu'une très-faible partie de l'encéphale sortit du crâne.

J'avais eu l'espoir, une fois la tête vidée, que cette partie descendrait un peu et qu'il me serait plus facile de la saisir, mais il n'y avait aucune contraction utérine, et quoique la tête restât fort élevée, je dus revenir à l'application du forceps. Les deux branches furent mises en place, puis les manches liés fortement avec un linge pour serrer davantage. Mais je ne me faisais pas d'illusions, et je savais très-bien que la tête n'était qu'imparfaitement saisie; aussi je m'attendais à voir l'instrument glisser. J'espérais toutefois que je parviendrais à engager toujours un peu la partie fœtale, grâce à mes tractions, et qu'avec une seconde application je parviendrais à mieux saisir la tête un peu abaissée et par conséquent à l'extraire. Malheureusement le forceps glissa et n'entraîna rien, si bien qu'après deux essais infructueux, je dus renoncer à cet instrument. Je n'avais pas de céphalotribe sous la main, et en eussé-je eu un, et même celui de M. Depaul avec ses deux crochets intérieurs, je crois que je n'en eusse pas retiré un meilleur résultat, car les mors n'en sont pas plus longs que ceux du forceps, je dirais même qu'il semble que les fabricants d'instruments cherchent tous les jours à en diminuer l'étendue; or, comme avec le forceps, je n'aurais saisi que la portion du crâne flasque et ramollie depuis l'écoulement du liquide, et je ne serais pas parvenu jusqu'à la base du crâne, seule partie qui pouvait m'offrir un plan résistant, mais qui était toujours très-élevée et en quelque sorte inaccessible. J'introduisis alors la main tout entière dans le vagin, et cherchant le trou fait au cuir chevelu, j'y plaçai un doigt, et c'est en exerçant des tractions sur ce point, et en engageant la pauvre femme à m'aider de tous ses efforts, que je parvins à abaisser la tête et définitivement à l'extraire. Le reste de l'opération ne présenta aucune difficulté.

Le cordon était grêle et de couleur verdâtre, ce qui indiquait un séjour prolongé dans le liquide amniotique mélangé de méconium; il en était de même des membranes de l'œuf et du placenta, qui était remarquablement petit, contrairement à ce que j'avais pensé, eu égard à la grande quantité de liquide amniotique qui, d'après les renseignements pris, avait été exagérée. Dans ces cas, en effet, il est plus fréquent de trouver un délivre œdématié.

La malade était encore très-affaiblie quand je la quittai, une heure après l'opération. Toutefois, une circonstance qui me fit abandonner en partie ma première idée de rupture utérine, ce furent les efforts très-réels que fit l'utérus pour m'aider dans l'extraction de la tête, et la rétraction rapide de cet organe après l'accouchement, car moins de dix minutes après le placenta avait été décollé et chassé jusque dans le vagin. Toutefois j'exprimai mes craintes sur les suites probables de cet accouchement, et je ne me trompai malheureusement pas, car cette pauvre femme succomba dans la nuit même qui suivit sa délivrance.

Cette mort rapide, jointe aux symptômes divers que j'ai exposés, ne peut que me confirmer dans mon premier diagnostic, à savoir, qu'il s'était produit une rupture de la matrice antérieurement à mon arrivée et à toute tentative d'accouchement.

D^r A. DE SOYRE.

Un cas de grossesse extra-utérine avec terminaison heureuse.

La femme qui fait le sujet de cette observation eut, à l'âge de 18 ans, une inflammation dans le bas-ventre (?). Début de la grossesse à l'âge de 26 ans. Pendant les neuf mois qui suivent, manifestations péritonéales intenses. Au bout de ce temps, douleurs ressemblant à celles de l'enfantement.

L'exploration pratiquée sur la malade fait reconnaître une grossesse extra-utérine avec mort du fœtus. Cessation des douleurs sans délivrance. Pendant les douze mois qui suivent, le développement du ventre ne change pas, et la malade se trouve tout à fait bien. Au mois de février 1870, une violente diarrhée survient. Cette diarrhée s'exaspère au mois d'août de la même année et en même temps des phalanges et des vertèbres sont rendues par le rectum. Dépérissement de la malade, qui nécessite une intervention chirurgicale. Au mois de novembre 1870, le professeur Schultze (d'Erlangen) extrait d'un sac situé à 3 centimètres au-dessus du sphincter de l'anus et s'ouvrant dans le rectum presque tous les os d'un crâne, les os les plus considérables du squelette, des fragments de vertèbres et des phalanges. La muqueuse du rectum était d'ailleurs normale. Trente-cinq jours après cette opération, la malade était complètement rétablie et le poids de son corps avait augmenté de 20 livres. (*Centralblatt für Medizinischen Wissenschaften et Gazette Médicale.*)

Opération césarienne avec succès pour la mère et l'enfant, par Jacobs.

Le D^r Jacobs, de Cologne, rapporte (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 19 oct. 1874) cette intéressante observation dont voici le résumé : Il s'agit

d'une femme de 42 ans, multipare, que deux ans auparavant on délivra avec difficulté au moyen du forceps. Le diamètre antéro-postérieur n'a que deux pouces; les branches horizontales du pubis sont repoussées en dedans, de telle sorte que la symphyse fait dans le bassin une projection semblable à un bec; un examen attentif montra qu'on avait affaire à un bassin ostéomalacique. L'enfant étant vivant, on décida, après une consultation, de pratiquer l'opération césarienne. Le rectum et la vessie, préalablement vidés, la malade chloroformée, on incisa la ligne blanche, puis l'utérus; l'incision utérine tomba sur le placenta que l'on décolla, puis on fit l'extraction de l'enfant; immédiatement après on fit, sans aucune difficulté, l'extraction du placenta. L'utérus fut alors comprimé et repoussé en bas; on ne fit pas de sutures utérines, mais on sutura à la manière ordinaire la paroi abdominale. Quelques nausées, dues au chloroforme, furent arrêtées par l'emploi à l'intérieur et à l'extérieur de la glace et de l'eau glacée. La plaie se réunit partie par première intention, partie après granulation. M. Jacobs attribue surtout le succès à la rapidité de l'opération et à l'emploi de la glace. (*London medical Record*, 25 nov. 1874, et *Lyon Médical*.)

Evacuation par l'aspirateur d'un utérus gravide en rétroversion.

M. Anthony Bell, de Newcastle, rapporte qu'il fut appelé pour une femme enceinte de cinq mois, arrivée à un degré d'émaciation considérable; depuis la septième semaine de sa grossesse elle avait constamment souffert du ventre, souvent avec violence. Son urine était purulente et ammoniacale. Un examen complet montrait que l'utérus en rétroversion constituait une tumeur fluctuante, douloureuse, absolument impossible à réduire. L'auteur pratiqua par le rectum une ponction aspiratrice dans la tumeur, constituée par l'utérus, pour évacuer le liquide amniotique. Cette opération fut suivie d'un grand soulagement sans aucun accident. Le fœtus fut expulsé au bout de trente-six heures et la malade guérit rapidement. (*British Medical Journal et Journal de médecine pratique*.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 28 novembre 1874.

Tumeurs fibreuses multiples de l'utérus provoquant le travail et s'opposant à l'accouchement. — Ramollissement des tumeurs. — Accouchement spontané. — Expulsion spontanée de deux tumeurs. — Guérison.

M. le Dr Charrier fait la communication suivante :

M^{me} C., âgée de 26 ans, était enceinte pour la quatrième fois. Toutes ses couches avaient été heureuses. Dans les premiers jours de cette quatrième grossesse, elle avait été malade. Anorexie, vomissements, anémie profonde,

leucorrhée énorme (la malade trempait sept ou huit serviettes par jour). Dès les premiers jours de décembre 1873, elle vint me consulter.

Je constate par le toucher : la matrice est déviée à droite ; la corne gauche est plus haute que la droite, il est évident que la matrice a subi un mouvement de bascule de gauche à droite, suivant le diamètre bis-iliaque.

L'utérus semble développé comme à trois mois et demi, quatre mois de grossesse.

Grossesse probable, compliquée de déviation. Mais quelle est la cause de la déviation ?

20 décembre. Mouvements actifs du fœtus perçus par la mère. A l'auscultation on entend les bruits du cœur. Les symptômes douloureux augmentent ; la leucorrhée aussi, et la malade a très-souvent envie de pousser comme pour accoucher. En effet, on sent au toucher une tumeur, grosse comme un œuf de dinde, qui fait saillie dans le vagin. Elle paraît être le prolongement de la lèvre antérieure du col, mais déjà il est impossible de retrouver l'orifice utérin.

25 février 1874. Hémorrhagie considérable. La tumeur augmente avec une rapidité considérable.

Le 26, au matin. Je vais chez M^{me} C... et je trouve entre les lèvres de la vulve une tumeur grosse comme un gros œuf d'autruche, dure, rénitente, sans aucun point de ramollissement, qui remplit tout le vagin. Il est impossible de constater ni la base d'implantation de la tumeur, ni la position de l'orifice utérin. Envies de pousser continuelles.

A cette époque M. le Dr Mouillon et M^{me} Dupont, sage-femme, donnaient des soins quotidiens à la malade ; ils me prièrent de les aider de mes conseils et de me charger du traitement. J'appelai en consultation M. le docteur Félix Guyon, qui constata comme moi l'impossibilité de trouver l'orifice (1^{er} mars 1874),

Quelle conduite à tenir devant un cas pareil ? L'utérus va-t-il se rompre ? L'accouchement naturel ou provoqué peut-il avoir lieu ? Non, dans l'état actuel.

M. Guyon croit qu'il faudra opérer, et il pense à l'énucléation telle que l'a pratiquée Danyau dans une circonstance pareille. Mais il fait ses réserves : peut-être la tumeur se ramollira-t-elle. Il faut attendre. Leucorrhée fétide.

5 mars. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. L'état de la malade ne s'est pas empiré. On attend.

Le 6. Douleurs expulsives. (2 grammes de chloral additionné de 20 gouttes de laudanum sont donnés en lavement matin et soir.)

Le 8. Nous constatons un commencement de ramollissement à la base de la tumeur.

Le 9. Douleurs expulsives. Continuation du chloral et du laudanum.

Le 12. Hémorrhagie.

Le 18. Hémorrhagie. (Glace, champagne.) Ramollissement de la tumeur. Fétidité extrême de l'écoulement. (Injections de permanganate, chloral en lavement.)

Le 20. Frissons, ballonnement du ventre, 140 pulsations. Vomissements

porracés. Haleine fétide, froide. Peau visqueuse, décomposition de la face. (Large vésicatoire sur l'abdomen. Sulfate de quinine; 40 centigrammes matin et soir.)

Le 21. Amélioration. Vomissements moins fréquents. La tumeur se ramollit et se laisse déprimer de moitié. Douleurs expulsives régulières. (Cessation de tout traitement antiabortif.)

Le 22. Accouchement spontané à trois heures du soir, d'un fœtus de sept mois, vivant. L'enfant succomba à trois heures du matin, le 23. — Cessation de tout vomissement. Délivrance naturelle. Tout ce qui sort de la vulve, c'est-à-dire 12 centimètres de tumeur flétrie est réséqué d'un coup de ciseaux. (Injections désinfectantes quatre fois par jour; pouls à 100.)

Le 23. A notre visite avec M. Guyon, nous trouvons, entre les grandes lèvres, comme des débris de membranes; c'est le reste de la tumeur qui, en tirant un peu, vient sans efforts.

Le 23. Une tumeur aplatie, ramollie comme un œuf de dinde, est expulsée spontanément.

Le 29. Une troisième tumeur est aussi expulsée sans efforts.

Fer, toniques. Guérison rapide.

De cette observation, j'ai pu tirer les déductions suivantes :

1° Qu'une leucorrhée très-abondante qui persiste depuis longtemps, qui est inodore, accompagnée de douleurs lombaires et abdominales peut faire supposer l'existence d'un fibrome utérin, surtout lorsqu'il y a grossesse;

2° Que lorsque ce fibrome une fois développé et faisant obstacle à l'accouchement, provoque néanmoins le travail par sa présence au niveau des sphincters des orifices utérins, il faut tout faire pour suspendre le travail;

3° Que si la leucorrhée devient fétide, c'est un signe de ramollissement du fibrome; qu'il faut redoubler d'efforts pour empêcher le travail, car le ramollissement est commencé, et il est probable que l'accouchement pourra spontanément se faire, et ainsi éviter une opération dangereuse, souvent mortelle.

4° Comme dernière déduction, attendre tant que la femme n'est pas menacée d'une mort imminente, car souvent la nature fait à elle seule tous les frais de la guérison.

M. GALLARD. La question des corps fibreux implantés dans l'utérus est une question complexe au point de vue de l'accouchement. Les observations lues par M. Charrier prouvent que l'on peut attendre deux choses, le ramollissement ou bien l'expulsion de la tumeur, quand elle est implantée sur le col. Lorsqu'au contraire ces tumeurs sont situées plus haut et interstitielles, on leur attribue généralement l'in-

convénient d'empêcher la grossesse d'arriver à son terme. Mais il existe une variété de tumeurs haut situées, et qui cependant sont presque indifférentes pour l'accouchement; c'est lorsqu'elles sont pédiculées du côté du péritoine, ainsi que j'en ai vu plusieurs cas. Entre ces deux points extrêmes, extrémité inférieure et corps de la matrice, les corps fibreux peuvent occuper des situations intermédiaires, qui exercent une influence différente de celle étudiée par M. Charrier.

J'ai vu à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, une tumeur fibreuse implantée au niveau de la jonction du col et du corps de l'utérus, et qui se prolongeait du côté du péritoine, entre le vagin et le rectum. Nous connaissions l'existence de cette tumeur avant la conception. M. Huguier se demanda s'il ne devait pas arrêter la grossesse. Il y eut une consultation avec des accoucheurs, qui ne donnèrent leur avis qu'avec beaucoup de réticence. En somme, on empêcha d'agir, sous prétexte de ramollissement possible. On ne pouvait compter ni sur l'expulsion comme dans le cas de M. Charrier, ni sur le déplacement de la tumeur du côté du détroit supérieur. Le ramollissement que l'on espérait ne se produisit pas, et au neuvième mois, on n'eut plus d'autre ressource que de pratiquer l'opération césarienne. A ce moment, l'enfant ne vivait déjà plus, et la malade succomba aux suites de l'opération. Si l'on avait agi au quatrième mois, le résultat ne pouvait qu'être plus favorable.

Ce fait complète l'étude présentée par M. Charrier, et les observations de M. Polaillon.

M. PETER. Une chose m'a frappé dans l'observation de M. Charrier, c'est l'abondance de l'écoulement, et surtout sa fétidité, indiquant évidemment le sphacèle, et donnant l'espoir d'une expulsion spontanée.

Certains corps fibreux donnent lieu parfois à des écoulements très-abondants. J'ai observé chez une dame créole une énorme tumeur fibreuse utérine, remontant au-dessus de l'ombilic, et présentant le volume d'un utérus, contenant deux fœtus. Il y avait un écoulement blanc extrêmement abondant, mais absolument inodore. Cette tumeur n'a point rétrogradé.

M. Polaillon a dit que les fibromes interstitiels, situés sur les parties supérieures, peuvent être l'occasion d'accidents et empêchent généralement la grossesse de suivre son évolution normale.

J'ai eu occasion de voir un fibrome utérin qui, ayant passé inaperçu

avant la conception, prit en peu de temps, sous l'influence de la grossesse, un développement considérable.

A trois mois, survinrent des douleurs et une hémorrhagie annonçant une fausse couche probable. Je constatai, à ce moment-là, que le corps de l'utérus dépassait de quatre travers de doigt la symphyse pubienne, plus volumineux, par conséquent, qu'il ne l'est à trois mois de grossesse. Il y avait une partie dure, que je pris pour le muscle utérin contracté, et une autre partie plus molle. M. Gosselin, appelé en consultation, dignostiqua un fibrome considérable du corps de la matrice : c'était la partie dure; la partie molle n'était autre que la matrice.

La fausse couche était imminente; le repos, les applications fraîches et le laudanum furent ordonnés. L'hémorrhagie s'arrêta, et dans la suite, les choses se passèrent bien.

A six mois, nouvelle hémorrhagie, qui s'arrêta, et enfin, l'accouchement eut lieu à terme, l'enfant vivant. Le fibrome, qui avait le volume de deux têtes de fœtus, rétrocéda rapidement; en moins d'un mois il n'avait plus que le volume d'une petite pomme, et il finit par disparaître complètement.

M. POLAILLON. Lorsque j'ai dit que les fibromes du corps utérin empêchaient la grossesse d'arriver à terme, je n'ai pas dit que cela avait lieu toujours. Dans le cas de M. Peter, il y a eu à deux reprises des menaces d'avortement, qui n'ont été conjurées que par le repos, le laudanum et les applications froides.

Malgré les suites heureuses de la grossesse, ce fait vient donc à l'appui de ce que j'ai dit sur la prédisposition aux avortements par le fait d'un fibrome utérin.

M. FORGET rappelle qu'il a publié, en 1847, dans le *Bulletin de thérapeutique*, un mémoire intitulé : *Recherches sur les corps fibreux et polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et pendant l'accouchement*, mémoire dans lequel ont été discutées toutes les questions relatives au siège, à la marche de ces tumeurs et à l'influence qu'elles exercent sur l'accouchement et ses suites. M. Forget se réserve de revenir sur cette question dans la prochaine séance.

M. GALLARD présente à la société deux tumeurs fibreuses de l'utérus qu'il a enlevées successivement à la même femme.

M. GILLETTE. On remarque que ces tumeurs sont enveloppées par une membrane contenant des vaisseaux destinés à leur nutrition. En outre, cette enveloppe permet de pratiquer facilement l'énucléation.

En ce qui concerne particulièrement la seconde tumeur, les vaisseaux s'y montrent non-seulement dans l'enveloppe, mais aussi dans le pédoncule; de plus, c'est une sorte de polype multiple, ce qui empêchait l'énucléation.

M. GALLARD. M. Gillette a raison d'insister sur la disposition vasculaire de ces tumeurs. Cette forme présente des dangers au point de vue opératoire, car les vaisseaux qui rampent dans les cloisons rendent faciles les hémorrhagies. Après l'opération, le sang continua quelque temps à suinter de la tumeur par la surface de section; il était donc logique de penser que pareille chose avait lieu par la plaie qui restait à l'utérus. C'est d'ailleurs pour cela que je préférerais le galvano-cautère. J'ajouterai un mot sur l'énucléation telle qu'elle a été pratiquée par quelques chirurgiens, entre autres par MM. Amussat, Boyer et Maisonneuve. C'est une méthode dans laquelle il y a un peu à prendre et beaucoup à laisser. Je préfère un procédé qui m'avait été indiqué par Nélaton pour une malade que nous voyions ensemble en 1855. Il s'agissait d'une tumeur enfermée dans la lèvre postérieure du col.

Nélaton me proposa de faciliter le travail, par lequel la pédiculisation aurait pu se faire naturellement; et, pour se faire, il s'agissait d'inciser l'enveloppe et la couche fibro-musculaire du polype et d'attendre que celui-ci, repoussé, devint vaginal, d'intra-utérin qu'il était. L'énucléation devenait alors facile. Des retards furent apportés, et la malade succomba avant d'avoir été opérée.

Depuis, il a été question d'une opération semblable pour une malade atteinte de polype utérin, mais de polype faisant saillie du côté du péritoine, ce qui diminuait singulièrement les chances de succès et qui fait d'ailleurs que l'on a renoncé à l'opération. La malade vit encore.

M. DOLBEAU. Je suis surpris d'entendre M. Gallard exprimer le regret de n'avoir pu se servir de l'anse galvano-cautère. La section par un fil mécanique placé à froid et rougi au moyen d'un courant électrique peut-elle garantir contre les hémorrhagies? Les faits ne le prouvent pas. De plus, il s'agit là de myomes qui ont évolué après avoir repoussé devant eux une muqueuse considérablement amincie et allongée; c'est de cette façon qu'ils ont fini par se pédiculiser. Or ces tumeurs ne contiennent pas de vaisseaux, la membrane enveloppante seule pourrait donner du sang, mais elle est amincie au point qu'il ne faut pas se préoccuper des hémorrhagies qui auraient lieu, au contraire, s'il fallait aller chercher la tumeur dans les parois mêmes de

l'utérus. Nélaton et Velpeau se contentaient d'opérer des tractions et ne détruisaient le pédicule par la section que lorsque la résistance était sérieuse ; et pour cela, Velpeau se servait de pinces plates, Dubois employait un couteau courbé en forme de crochet. On peut aussi serrer le pédicule au moyen d'une simple ficelle, mais cette manœuvre a l'inconvénient de laisser le polype pourrir dans la cavité. L'anse métallique est bonne pour sectionner, mais il ne faut pas s'inquiéter de l'hémorrhagie.

Quand cela saigne, il suffit de placer sur la plaie un tampon de charpie sèche ; à la rigueur, on prescrit le seigle ergoté. Quand il se produit des hémorrhagies, c'est qu'il y a eu confusion et qu'il s'agit de tumeurs se prolongeant dans la paroi utérine.

En opérant ces tumeurs, on agit sur leur partie inférieure, les trois quarts supérieurs restent dans l'utérus, et l'on peut craindre l'hémorrhagie parce que l'on a sectionné en plein tissu utérin. Dans ces cas, l'anse galvano-cautère peut être utile, mais dans le premier cas, non.

M. GALLARD. Entre les deux types dont vient de parler M. Dolbeau, il y a eu un intermédiaire ; celui d'une tumeur proéminente dans le vagin, et cependant remontant très-haut dans l'utérus, offrant par cela même des chances d'hémorrhagie à la section. C'est à peu près le cas de mes tumeurs. Une autre raison encore, pour redouter la perte de sang, c'est qu'en dehors des tumeurs uniques, il en est de composées, semblables à une masse de grains de raisin pressés les uns contre les autres, dont chaque partie contient des vaisseaux et réunis par une gangue très-vasculaire elle-même. C'est ce qui est arrivé dans le cas que je présente.

M. LUNIER. M. Gallard a parlé d'incision sur la surface de la tumeur pour en faciliter l'énucléation ; il faudrait alors que celle-ci se fît avec rapidité, car autrement il se formerait une cicatrice dont le tissu peu extensible diminuerait la facilité d'évolution.

M. GALLARD. Lorsque l'incision a été faite sur le cadavre, j'ai toujours vu les lèvres de la plaie s'écarter pour laisser voir la tumeur dans leur intervalle. Sur le vivant, j'ai toujours senti les rebords de mon incision sans remarquer la moindre tendance à la cicatrisation.

M. GILLETTE. Il n'est pas nécessaire que l'énucléation se fasse instantanément. M. le docteur Manel rapporte un grand nombre de cas (30, dont 33 guérisons et 17 morts) dans lesquels l'opération a été faite par le procédé suivant : après avoir incisé l'enveloppe, on intro-

duisait chaque jour et l'on promenait entre les lèvres de la plaie, soit le doigt, soit un crochet mousse; au bout de quelques jours l'énucléation se faisait. Ce n'est pas un moyen que je préconise, je me contente de constater qu'il a réussi souvent. Il existe un cas du même genre publié par M. Maisonneuve. Actuellement, on semble revenir à l'excision. M. Gosselin se sert pour cela de ciseaux courbes et n'observe pas d'hémorrhagies.

M. DE RANSE. Deux cas de tumeurs sessiles, fendues et énucléées ensuite, ainsi que vient de le dire M. Gillette, ont été publiées par M. Abeille.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 décembre 1874.

M. Blot lit un rapport sur une observation de M. Calmeille (de Guindon), relative à une tumeur du col utérin :

Messieurs, le 28 octobre 1874, vous avez chargé une commission, composée de MM. Horteloup, Verneuil et Blot, de vous faire un rapport sur une observation de tumeur utérine adressée à la société par M. le D^r Calmeille (de Guindon).

Je viens aujourd'hui, en qualité de rapporteur de cette commission, vous rendre compte de cette observation.

Je commencerai par en donner une analyse substantielle, quoique abrégée; j'y joindrai ensuite les quelques réflexions qu'elle m'a suggérées.

Tumeur pédiculée faisant saillie à la vulve au moment de l'accouchement.

Femme multipare de 44 ans, quatrième accouchement.

Jamais aucune affection utérine; ses quatre grossesses n'ont rien présenté d'anormal, et les suites de couches ont toujours été régulières.

Le travail durait depuis vingt-sept heures quand la sage-femme arriva auprès de la malade.

Au lieu d'une partie fœtale, la sage-femme constate, à la vulve, une tumeur charnue, d'un rouge livide, constante et cependant dépressive.

Au-dessus de la tumeur, une tête en O. I. G. P.

La tumeur est refoulée sur le côté du vagin, et la tête finit par se dégager. Ce dégagement fut assez rapide, grâce à de fortes contractions utérines. Quelques légères tractions suffirent à extraire le fœtus tout entier vivant.

La délivrance était opérée quand le D^r Calmeille arriva auprès de la malade.

Entre les cuisses pend une tumeur pyriforme du volume d'une tête fœtale

et ayant l'aspect du placenta vu par sa face interne. Un pédicule volumineux. L'indicateur, introduit derrière ce pédicule, ne peut atteindre le col utérin. Par la face antérieure du pédicule, M. Calmeille ne peut pas déterminer le point précis d'implantation. Cependant il lui semble qu'il a pour origine la lèvre antérieure du col. Il diagnostique un *polype vasculaire*.

Le placenta, examiné, n'offre rien de particulier; il est entier.

L'état de la malade était bon. Pouls à 90. Quelques tranchées. Utérus bien rétracté.

Une exploration nouvelle, faite par notre confrère et un autre médecin, ne put permettre de constater rien autre chose que la continuation avec la lèvre antérieure du col utérin.

Une sonde, introduite dans l'urèthre, pénètre assez facilement dans la vessie, dont on voit s'écouler un peu d'urine.

On résolut d'extirper la tumeur. Un fil ciré fut placé autour du pédicule. on le serra au moyen d'un bâtonnet. Le tout ainsi disposé, on serra, chaque jour, un peu plus fortement les fils. Des linges imbibés d'acide phénique furent placés sur la tumeur.

Alimentation : vin vieux, ergotine à l'intérieur. Écoulement lochial régulier. Nouveaux mouvements de torsion. Quelques douleurs se prolongeant dans le flanc gauche. Établissement de la sécrétion laiteuse le quatrième jour.

Le cinquième jour, l'état général étant excellent, le pédicule n'offrant plus qu'un volume égal à celui du petit doigt, le fil constricteur est détordu et remplacé par un fil de laiton, qui est tordu au moyen d'un petit étai. Bientôt le fil de laiton se contourna sur lui-même sans opérer de nouvelle constriction sur le pédicule de la tumeur.

Comme la femme était très-fatiguée, on enleva le fil de laiton, et l'on remplaça la malade dans son lit, où elle dormit pendant trois heures.

Après ce repos, une ficelle solide de fouet, passée dans deux pièces de cinquante centimes et deux rondelles de cuir, préalablement percées de trous, fut placée sur le pédicule ainsi réduit, les deux chefs introduits dans une canule du trocart, et, avec l'étau, on fit de nouvelles torsions. La ficelle se rompit. Une deuxième fut appliquée de la même façon, et, cette fois, la section complète fut opérée.

Cette dernière séance dura une vingtaine de minutes : il n'y eut pas la moindre hémorrhagie.

La tumeur, incisée longitudinalement, était solide et pleine, une membrane muqueuse en tapissait la surface extérieure. Cette membrane était fortement adhérente au tissu sous-jacent formé de fibres entre-croisées, très-denses, très-résistantes, sillonnées par de nombreux vaisseaux.

La nuit et la journée qui suivirent furent très-bonnes. Il n'y eut aucune réaction fébrile. (Potion avec 2 grammes d'ergotine.)

Le quinzième jour de l'accouchement. Frissons, pouls à 104.

Le seizième jour. Douleur vive dans le mollet, un peu d'œdème du membre douloureux. (Onguent napolitain, bicarbonate de soude dans de la tisane de chiendent; purgatif.) L'œdème augmente pendant les trois jours

suivants, puis il diminue et disparaît complètement. L'appétit revient, mais bientôt l'œdème reparait.

Au vingt-deuxième jour, tout a disparu.

Examen au spéculum : le vagin est libre ; la paroi antérieure du col présente une excavation au-dessus de laquelle existe les restes du pédicule.

Au trente-deuxième jour, col refermé, consistant, avec tuméfaction de toute la lèvre antérieure.

Réflexions. Notre confrère pense qu'il existait avant la conception une tumeur pédiculée qui a pénétré dans la matrice et s'y est développée en même temps que l'œuf.

Notre confrère s'étonne que la grossesse n'ait point été interrompue par la présence de cette tumeur dans le col, et que l'accouchement prématuré n'en ait point été la conséquence.

Nous croyons, d'après les faits analogues qui existent dans la science, que notre confrère a eu affaire là à un de ces cas d'*hypertrophie de la lèvre antérieure du col utérin* avec œdème volumineux et vascularisation.

La tumeur, plongée dans l'acide phénique étendue, pesait à peu près 700 grammes. Elle avait pris une couleur rougeâtre due à sa macération dans le liquide conservateur fortement chargé de sang que la tumeur y avait lentement dégorgé.

De consistance molle, elle offrait une texture très-lâche, et lorsqu'on venait à la regarder de près, elle présentait un grand nombre d'orifices vasculaires.

Un morceau très-mince a été placé dans de l'alcool absolu. Des coupes traitées par le carminat d'ammoniaque ont nettement démontré tous les caractères d'un fibrome mou vasculaire ; nombreux faisceaux de fibrilles de tissu conjonctif très-lâches, faciles à dissocier, très-peu de fibres élastiques, orifices veineux très-larges et très-multipliés.

Tels sont, dans leur ensemble, les principales parties constituantes de la tumeur.

Cette dernière interprétation rend très-simple et très-facile à comprendre la marche naturelle de la grossesse jusqu'au terme. Elle s'accorde, d'ailleurs, aussi avec les phénomènes qui ont été observés pendant l'accouchement.

L'examen histologique de la tumeur confirme, d'ailleurs, cette opinion.

En effet, un fait presque semblable a été observé par nous chez une jeune femme de Paris, il y a une quinzaine d'années.

Quand nous fûmes appelés pour terminer l'accouchement, qui languissait depuis de longues heures, nous trouvâmes à la vulve une tumeur entièrement semblable à celle observée par M. Calmeille ; une application de forceps permit d'extraire la tête sans de trop grandes difficultés. Après la naissance de l'enfant, la tumeur, qui faisait corps avec la lèvre antérieure, rentra dans le vagin, où elle s'atrophia spontanément, au point que, un mois après l'accouchement, elle ne pouvait plus être reconnue qu'au volume un peu plus considérable de la lèvre antérieure.

Aucune opération chirurgicale ne fut pratiquée, et le travail naturel d'atrophie qui suit la délivrance suffit à la faire disparaître presque complètement.

Une erreur qui a été commise dans des cas analogues a consisté à prendre cette hypertrophie œdémateuse avec vascularisation pour une portion de placenta, sur lequel on a fait des tentatives infructueuses d'extraction qui, dans certains cas, ont été suivies d'accidents inflammatoires du côté de l'utérus et du péritoine.

En résumé, l'observation de M. Calmeille nous paraît devoir se rapporter à un cas d'œdème de la lèvre antérieure plus ou moins hypertrophiée. La conduite de notre confrère a été très-sage et très-prudente; mais peut-être aurait-il pu se dispenser d'enlever la tumeur. En général, il nous paraît plus sage, dans ces cas, d'attendre que le travail de régression nutritive qui se fait dans l'utérus après l'accouchement, ait produit tout ce qu'il peut produire.

Le plus souvent, il suffirait à amener la guérison complète, et si, contrairement au fait que j'ai observé moi-même, la lèvre antérieure conservait un volume capable de gêner et de troubler les fonctions, on serait toujours à même d'en pratiquer l'ablation, alors que son tissu aurait subi des modifications importantes, grâce auxquelles l'opération serait rendue, sinon toutefois bénigne, au moins beaucoup moins dangereuse, tant au point de vue des accidents immédiats (hémorrhagie) qu'au point de vue des accidents consécutifs (résorption purulente, phlébite, etc.).

M. GUÉNIOT partage l'opinion de M. Blot en ce qui concerne l'intervention tardive du chirurgien dans les cas d'hypertrophie considérable du col avec œdème. Mais il ne saurait admettre qu'il s'agit d'une semblable lésion dans l'observation de M. Calmeille. Après l'ablation de la tumeur, le col fut trouvé volumineux et la lèvre antérieure reconstituée. M. Guéniot croit qu'il y avait là un polype fibreux, à large pédicule, inséré sur le col ou dans son intérieur, ce genre de tumeurs n'empêche nullement la grossesse d'arriver à terme. Quant à l'hypertrophie du col, elle lui semble peu susceptible de s'exagérer au point de donner lieu à la production d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus.

M. FORGET s'étonne du rapprochement établi par M. Blot entre la tumeur de M. Calmeille et celle qu'il a observée lui-même. Un tissu œdématisé aurait moins résisté, d'après lui, à l'action des ligatures, et, après l'opération, on n'aurait pas trouvé la lèvre antérieure intacte. L'exploration a fait constater qu'il existait, au-dessus de la

lèvre antérieure, une excavation qui semble marquer l'insertion de la tumeur.

M. Forget admettrait difficilement que cette tumeur, dont la perte lui paraît regrettable, ne fût pas un corps fibreux ou un polype fibreux. Il rappelle que ces productions morbides sont recouvertes par une muqueuse dont l'aspect est souvent semblable à celui de la surface du placenta.

M. VERNEUIL regrette également que la pièce ait été égarée. Mais comme il l'a eue entre les mains, il a été en mesure de l'examiner ; or il partage complètement l'avis de M. Calmeille et du rapporteur, relativement à sa nature. C'était une masse molasse, qui ne ressemblait en rien à un polype fibreux. M. Verneuil ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'une jeune femme morte à la fin de la grossesse, trouva à l'entrée du vagin une tumeur molle, fluctuante, tremblotante et d'un volume énorme ; il put constater qu'elle était constituée par la lèvre antérieure du col. Il a peine à croire qu'un polype fibreux puisse jamais prendre cette apparence. Dans l'observation de M. Calmeille, le pédicule avait de 7 à 8 centimètres de circonférence.

M. Blot n'a porté un jugement qu'en se basant sur les faits qu'il a observés. Les polypes peuvent se ramollir pendant la grossesse, mais non subir des modifications telles qu'ils deviendraient comparables à *du tissu placentaire*, comme dit M. Calmeille. Dans le cas observé par M. Blot, l'hypertrophie de la lèvre antérieure du col, existant probablement dès avant la grossesse, avait pris, sous l'influence de cette dernière, l'aspect si bien décrit par l'auteur. Les opérations qu'on pratique dans ces conditions offrent un danger en raison de la vascularité plus grande des parties génitales pendant la gestation. D'ailleurs la résorption atrophique qui s'opère après l'accouchement permet d'espérer que la tumeur disparaîtra spontanément. Il convient donc d'attendre deux ou trois mois, et si les efforts de la nature ne suffisent pas à procurer la guérison, l'intervention du chirurgien peut alors s'exercer avec beaucoup plus de chances de succès.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'ANESTHÉSIE
APPLIQUÉE A L'ART DES ACCOUCHEMENTS

Par le Dr Hippolyte Blot,
Professeur agrégé à la Faculté.

Les différents écrits qui viennent d'être publiés sur ce sujet nous ont fait penser qu'il ne serait peut-être pas tout à fait inopportun de reproduire aujourd'hui ce que nous disions il y a *dix-huit ans* sur ce sujet dans la thèse de concours pour l'agrégation que nous soutenions, à la Faculté de Paris, le 1^{er} mai 1857, alors que la question était encore assez neuve. Deux chapitres de notre travail nous paraissent particulièrement répondre aux questions qui se sont agitées récemment, je veux parler de ceux qui traitent des *indications* et des *contre-indications*.

Le lecteur pourra se convaincre que les principes que nous avons posés, il y a dix-huit ans, en nous fondant, d'une part, sur les
Archives de Tocologie. — MARS 1875.

faits acquis, d'autre part sur les opinions de nos maîtres, le lecteur attentif pourra, disons-nous, se convaincre que ces principes sont encore aujourd'hui aussi vrais qu'en 1857.

Ce que nous avons pu observer depuis cette époque n'a guère modifié notre manière de voir et par suite notre manière de faire. Aujourd'hui comme alors, nous repoussons absolument l'anesthésie employée d'une façon *banale* dans tous les accouchements, même les plus simples et les plus naturels. Nous réservons cet utile moyen thérapeutique pour des cas particuliers et que nous nous sommes appliqué à spécifier soigneusement dans la thèse citée plus haut. Un de ces cas est celui où la résistance du col utérin compliquée d'hyperesthésie de cet organe a pour conséquence une douleur excessive, quelquefois intolérable, au moment de chaque contraction. Dans ces cas, en effet, l'excès de la douleur qui accompagne la contraction utérine paralyse l'efficacité de cette dernière et par cela même retarde beaucoup le travail de la dilatation.

Certaines éclamptiques se sont admirablement trouvées de l'anesthésie chloroformique; dans beaucoup d'autres cas, j'ai complètement échoué.

Toutes les fois, enfin, que l'accoucheur doit, par une opération grave, augmenter beaucoup la douleur ordinaire de l'accouchement naturel, il y a encore indication à administrer le chloroforme.

Voici, d'ailleurs, ce que je disais en 1857 à cet égard :

INDICATIONS.

Quelles sont les circonstances dans lesquelles l'accoucheur doit avoir recours à l'anesthésie?

La réponse à cette question est très-différente dans les différents pays, et dans chaque pays suivant les accoucheurs. En Angleterre, et particulièrement à Edimbourg, on pense avec M. Simpson qu'elle doit être employée dans tous les accouchements, simples et compliqués; à Londres et à Dublin cependant, un certain nombre d'hommes considérables, parmi lesquels nous citerons Robert Lee et Montgomery, sont très-éloignés d'accepter cette manière de voir. En Allemagne, les partisans exagérés du chloroforme sont moins nombreux que dans la Grande-Bretagne. En France, on le réserve généralement pour certains cas particuliers que nous indiquerons tout à l'heure avec soin. Je dois dire immédiatement que j'approuve complètement cette sage restriction et rejette, sans hésiter, l'emploi des anesthésiques dans les ac-

couchements naturels, simples et tout à fait ordinaires, c'est-à-dire dans le plus grand nombre. Je n'ai pas besoin d'insister sur les motifs qui me semblent militer en faveur de cette manière de voir : les détails dans lesquels je suis entré plus haut, soit à propos des degrés de l'anesthésie, soit en parlant de ses différents effets sur l'économie, me dispensent d'insister plus longuement sur ce sujet. Il suffit, ce me semble, de se rappeler que tout individu soumis aux inhalations anesthésiques est exposé à des dangers qu'il n'est pas possible de prévoir et même à la mort, pour ne pas mettre en balance de telles conséquences avec le petit avantage de supprimer ou même seulement d'atténuer une douleur, quelquefois presque nulle, le plus souvent très-supportable et très-bien supportée. C'est ici, en effet, qu'il ne faut pas oublier ce précepte fondamental de thérapeutique : *primo non nocere*, et M. Danyau avait parfaitement raison en disant à la Société de chirurgie, dans la discussion qui s'est élevée à ce sujet : « L'anesthésie dans l'accouchement naturel simple, n'est admissible qu'à la condition d'une *complète innocuité*. » Or, comme on ne peut jamais être sûr d'avance de cette innocuité, on ne doit pas faire courir à des femmes en pleine santé des dangers qui ne sont pas en rapport avec le soulagement qu'on se propose d'obtenir : car, je ne saurais trop le répéter, quoi qu'on fasse, pendant l'anesthésie, la question de vie ou de mort est toujours pendante : je crois donc avoir prouvé suffisamment que l'importance du but qu'on se proposerait d'atteindre ne serait nullement en rapport avec les dangers que l'on ferait courir.

Est-ce à dire pour cela que nous soyons de l'avis de Robert Lee et de Grenser (de Dresde), qui veulent rejeter complètement et toujours l'emploi de l'anesthésie dans l'art des accouchements ? Évidemment non ; cette abstention absolue me semble une exagération analogue, en sens inverse, à celle des accoucheurs qui veulent l'employer constamment. Je n'ai produit contre l'usage général du chloroforme dans les accouchements, que l'argument principal, parce que s'il est accepté, il dispense des autres qui sont encore assez nombreux. Ainsi donc, en résumé, l'anesthésie, suivant nous, doit être proscrite de la pratique des accouchements naturels et simples. Elle nous paraît, au contraire, rationnellement indiquée dans tous les cas où quelque complication vient rendre difficile, dangereux ou impossible, le travail de l'enfantement livré aux seules forces naturelles. Examinons donc un à un ces différents cas, afin de pouvoir apprécier plus sainement le degré d'utilité de l'anesthésie dans chacun d'eux.

L'anesthésie sera utile et indiquée :

1° Chez les femmes très-nerveuses et très-irritables, pour calmer l'agitation qui résulte quelquefois des douleurs de l'accouchement, et les troubles intellectuels qui peuvent en être la conséquence.

2° Toutes les fois que le travail se complique d'accidents douloureux étrangers à la souffrance résultant du travail lui-même, comme les vomissements, les crampes, les coliques intestinales vives, les maux de reins qui, dans quelques cas, mettent véritablement les femmes à la torture, la compression du nerf sciatique par la partie fœtale engagée dans le bassin, une névralgie interscostale violente, comme dans le fait rapporté par M. Liegard (de Caen). Toutes ces douleurs, qui reconnaissent une autre cause que le travail lui-même, peuvent, en effet, si elles persistent, avoir pour conséquence un certain désordre, quelquefois même la suspension du travail. Le meilleur moyen de hâter l'accouchement dans ces circonstances est de supprimer la nouvelle cause de douleur.

3° L'anesthésie nous paraît encore indiquée contre la douleur qui dépend du travail lui-même, si cette douleur est trop vive et trop prolongée, sans résultat bien marqué pour l'avancement du travail.

4° Au moment où la dilatation de l'orifice utérin se complète, les douleurs deviennent quelquefois tellement intenses et surtout sont si agaçantes pour les femmes, qu'elles peuvent être la cause occasionnelle d'attaques convulsives de différente nature chez les femmes qui y sont prédisposées. Je crois qu'alors on agirait sagement en soumettant les malades à une légère anesthésie ; c'est du reste l'opinion qu'a formulée notre maître M. Danyau, dans la discussion de la Société de chirurgie. Je désirais rappeler particulièrement cette indication, parce qu'on semble croire généralement que les douleurs de la fin du travail sont plus insupportables que celles dont nous venons de parler, et cependant je puis affirmer qu'il n'en est rien : les premières sont, à la vérité, moins intenses, mais leur caractère est tout différent, elles ont quelque chose de tout particulièrement irritable qui fait qu'elles sont moins bien supportées par les femmes.

5° Nous arrivons maintenant aux indications les plus généralement reçues de l'anesthésie, au moins en Angleterre et en Allemagne : je veux parler de l'éclampsie et de la rétraction spasmodique de l'utérus. Occupons-nous d'abord de la première.

A. *Éclampsie*. — S'il avait fallu juger, *à priori*, de l'opportunité de l'anesthésie dans l'éclampsie puerpérale, on aurait certainement résolu

la question par la négative, et on aurait été tout disposé à croire ce moyen dangereux dans une maladie qui se complique si souvent de congestion cérébrale, et parfois même d'apoplexie. Mais l'expérience est venue prouver ici, une fois de plus, qu'en thérapeutique comme en beaucoup d'autres choses, le vrai n'est pas toujours vraisemblable. En effet, il résulte aujourd'hui d'un assez grand nombre d'observations, que jamais il n'a été nuisible, et que, dans quelques cas, il a été d'une utilité incontestable. A l'appui de cette proposition, que je n'aurais pas osé formuler d'une manière aussi absolue il y a quelque temps, je rapporterai quelques observations, et je ferai un très-court résumé des opinions des auteurs qui se sont occupés de cette importante question.

Je citerai d'abord, parmi les observations, celle qui me paraît la plus probante. Je la dois à l'obligeance de M. Amédée Charrier, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, qui l'a recueillie à la Maternité sous les yeux de M. Danyau, dont il était alors l'interne.

Éclampsie. — Chloroformisation. — Succès.

N° 9. Salle Sainte-Marthe:

M..., primipare, 13 ans 1/2. Tempérament lymphatique; réglée à 11 ans, tous les mois, huit jours, assez abondamment. Sa grossesse n'offre rien de particulier. La malade ne peut nous donner aucun renseignement précis sur sa dernière époque.

18 novembre 1855, à 5 h. du soir, la malade se plaint de céphalalgie sus-orbitaire; son caractère a changé; toute la journée elle a chanté, elle a été agitée; quelques éblouissements, légère anxiété épigastrique. L'urine, expérimentée par la chaleur et l'acide nitrique, donne 1/5° d'albumine.

On la place au n° 9 de la salle Sainte-Marthe. (Bout. d'eau de Sedlitz. Potion avec poudre de digit. 0,10.)

La malade s'endort au moment de lui faire prendre son purgatif à 6 h. 1/4.

6 h. 1/2. Au bout d'un quart d'heure elle se réveille. Embarras de la parole, puis les yeux deviennent fixes; accès d'éclampsie qui dure une minute; la tête s'était tournée à gauche; les oscillations des yeux ont eu lieu de droite à gauche; cyanose considérable de la face; spume sanguinolente, stertor; insensibilité complète qui dure 5 minutes; somnolence.

Au bout de 20 minutes, l'intelligence et la sensibilité repaurent; la malade parla distinctement.

Aucune douleur de l'abdomen.

En pratiquant le toucher, on trouve que le col est ouvert, d'une consistance normale et de la longueur de la première phalange.

7 h. du soir. (Lav. salé; ipéca 1,50, émét. 0,05.) Vomissements assez abondants, mélangés de quelques aliments; garderobes.

La malade parle très-distinctement ; toutes les facultés intellectuelles sont rétablies.

7 h. 3/4. Nouvel accès sans prodromes. Mouvements saccadés des membres ; cyanose considérable ; la sensibilité revient au bout de 10 minutes ; résolution complète pendant 1/4 d'heure ; agitation.

8 h. Légers mouvements des yeux ; agitation des membres.

De 8 h. 1 m. à 8 h. 5 m. *Inhalations de chloroforme* ; résolution complète ; la respiration se régularise, devient facile, régulière.

8 h. 20 m. Nouveaux prodromes ; *nouvelles inhalations* ; l'accès manque ; stertor qui dure une demi-minute.

Sommeil paisible.

Le chloroforme est inhalé jusqu'à 9 h. moins le 1/4.

9 h. Je suis obligé de m'absenter pour aller tamponner une femme qui avait une épistaxis considérable ; nouvel accès bien caractérisé, une minute de durée ; 1/4 de coma, la connaissance ne revient pas.

10 h. 1/4. 4^e accès. Même accès ; même durée que le précédent ; le col a diminué ; la tête est mobile, petite, les battements du cœur à gauche en avant. On ne peut pas avoir d'urine.

13 h. 3/4. Nouvel accès ; même durée.

11 h. 20 m., 6^e accès. Chloroformisation dès la trémulation de la face ; l'accès avorte, stertor de 2 minutes, respiration calme, sommeil très-tranquille ; le pouls se relève, régulier, 80 pulsations.

11 h. 48 m., 7^e accès. Mêmes prodromes, même succès.

19 nov., 12 h. 20 m. 8^e accès, *idem*.

12 h. 40 m., 9^e accès. Mêmes prodromes, même chloroformisation ; la sensibilité revient ; les battements du cœur fœtal sont irréguliers.

1 h. 3/4. 10^e accès. Mêmes prodromes, même arrêt de l'attaque.

2 h. 11^e accès. Mêmes prodromes, *idem*.

2 h. 15 m. 12^e accès. Mêmes prodromes, *idem*.

2 h. 1/2. 13^e accès. *Idem*.

2 h. 50 m., 14^e accès. Nouvel accès. *idem*.

3 h. 3/4. 15^e accès. L'orifice utérin est dilaté, la tête est basse ; on n'entend plus les battements du cœur ; dilatation de 10 à 12 lignes ; nouvel accès. Chloroformisation, *idem*.

4 h. 1/2. Rupture artificielle des membranes ; liquide amniotique teint de méconium ; le travail avance.

4 h. 1/2. Dilatation complète ; la tête franchit l'orifice.

16^e accès. Nous n'avons plus de chloroforme ; pendant qu'on est allé chercher du chloroforme à la pharmacie, *attaque bien caractérisée*, une minute de durée ; coma 10 minutes ; agitation très-grande ; quelques efforts d'expulsion ; la tête est à la vulve, application de forceps.

5 h. 17^e accès. Chlorof. ; l'accès avorte.

6 h. 1/4. 18^e accès. *Idem*.

6 h. 3/4. 19^e accès. *Idem*.

La malade est toujours tenue sous l'influence anesthésique ; le pouls est régulier ; l'urine expérimentée donne 1/5^e d'albumine.

7 h. 52 m., 20^e accès. *Idem*.

8 h. 21^e accès. L'urine expérimentée donne 8/10 d'albumine; nouvelle chloroformisation, l'accès avorte; le pouls baisse. On cesse les inhalations pendant 10 minutes; le pouls se relève, 90 pulsations, régulier.

1 h. 54 m. Mouvements brusques des extrémités.

22^e accès. Chloroformisation, l'attaque avorte; congestion de la face : sinapismes sur l'épigastre, sur les bras; glace sur la tête.

4 h. La malade a été assez tranquille; quelques mouvements de la tête; chloroformisation, l'accès manque; la sensibilité est revenue; l'intelligence est nulle; le pouls est bon, à 80; l'urine contient encore 8/10 d'albumine.

4 h. 40 m., 23^e accès. Chloroformisation, succès.

4 h. 50 m., 24^e accès, *Idem*; teinte cyanique générale; frictions froides sur tout le corps de deux heures en deux heures.

20 nov., 8 h. matin. L'urine ne contient plus qu'un 1/3^e d'albumine.

3 h. 1/2 soir. La peau est chaude, le pouls à 130; frictions froides d'heure en heure.

11 h. soir. La malade semble s'éveiller, elle essaie de se tourner dans son lit; elle ouvre les yeux quand on lui parle, mais ne répond pas.

21 nov. 7 h. du matin. Elle entend, elle comprend; pouls à 100; café 115 grammes; frictions froides; 2 bouillons froids.

22 nov. Elle reconnaît; l'infiltration a beaucoup diminué, la face est pâle, les paupières sont toujours un peu gonflées.

10 h. Grand bain; elle dort; pouls à 100.

23 nov. Grand bain qu'on lui donne trop chaud; la malade se plaint de céphalalgie, tintements d'oreille; on la recouche; accès d'éclampsie, 1/2 minute de durée; coma de 5 minutes; 1/7^e d'albumine; la parole revient 20 minutes après. (Purgatifs)

24 nov. 10 h. matin. L'urine ne contient plus de traces d'albumine.

La malade a été de mieux en mieux et sortit très-bien portante le 10 décembre 1855.

220 grammes de chloroforme ont été employés.

Rien ne manque à ce fait pour être probant; on y trouve la preuve et la contre-épreuve de l'influence heureuse des inhalations de chloroforme pour faire avorter les accès. En effet, comme on a pu le remarquer, M. Charrier étant empêché, pour un certain temps, de rester auprès de la malade, on suspend les inhalations, et alors les accès convulsifs se reproduisent complets, longs et intenses, laissant entre eux un coma complet avec perte de connaissance et stertor, tandis que rien de semblable ne se produit, quand on peut faire inhaler le chloroforme dès qu'apparaissent les prodromes de l'accès. Si nous avions un grand nombre de faits de cette nature, le doute ne serait plus permis. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et ceux qu'il me reste à rappeler sont loin d'avoir la même valeur; cependant, rapproches de l'observation de M. Charrier, ils me paraissent avoir beaucoup

plus de signification que si aucun fait de guérison bien évidemment due au chloroforme n'avait encore été observé.

M. Danyau a obtenu un autre succès analogue au premier ; les détails n'en ont malheureusement pas été recueillis. Dans deux autres cas, cette médication, qui avait été précédée de plusieurs autres, ne fut pas suivie de succès.

A côté de ces observations, il faut citer ce que dit Braun, de Vienne : « Dans le traitement médical de l'éclampsie, la narcose chloroformique nous a donné des résultats qui dépassent tout ce qu'on pouvait en attendre. En effet, dans une série de 16 cas d'éclampsie traitée par le chloroforme et les acides, j'ai toujours obtenu une guérison complète. » Il est vraiment bien regrettable que l'auteur ne nous ait pas donné d'observations détaillées à la place de ce simple résumé. Voici les conseils qu'on trouve dans son livre sur le mode d'administration dans ces cas spéciaux. On fait faire les inhalations au moment où les prodromes débutent, tels que : trémulation des muscles de la face, roideur des bras. On maintient l'anesthésie jusqu'à ce que les prodromes aient disparu pour faire place à un sommeil tranquille, ce qui arrive habituellement au bout d'une minute.

S'il n'a pas été possible de couper un accès, on suspend l'administration du chloroforme pendant les convulsions et pendant le coma, afin de permettre à l'air pur de pénétrer dans les poumons.

M. Richet et M. Gros (de Sainte-Marie-aux-Mines) ont aussi eu chacun un succès dans des cas où les autres médications semblaient avoir échoué.

Dans beaucoup d'autres faits, dont le nombre ne s'élève pas à moins de *quarante*, les convulsions puerpérales semblent avoir été heureusement modifiées par les inhalations du chloroforme ; mais, dans presque toutes ces observations, on trouve que la médication a été complexe, c'est-à-dire que les saignées, les purgatifs, les révulsifs, puis le chloroforme, ont successivement été mis en usage ; aussi est-il très-difficile de faire exactement la part de chacun des moyens employés.

Ces réflexions sont plus ou moins applicables aux faits de MM. Elliot, Liégard (de Caen), Macario, Sedgwick, Frémineau, Meisinger, Beatty, Dowler, Cottman, Bessems, Hanne, Norris, Denham, Kiwisch, Scanzoni, Bonnet, Sprengler, Bouchacourt et Valleix.

Quoi qu'il en soit, je crois que toutes ces observations ont du moins le mérite de prouver que ces inhalations, loin d'être nuisibles comme on aurait pu le croire *a priori*, ont toujours eu un certain degré d'uti-

lité et ont pu même, dans quelques cas, produire la guérison. Tout en reconnaissant que ces résultats, pour inspirer une pleine et entière confiance, ont besoin d'être suivis de nouvelles recherches, je crois qu'on devra dorénavant ne jamais négliger ce moyen au début des convulsions puerpérales, en lui associant, bien entendu, ceux que des circonstances particulières pourraient indiquer.

B. — *Rétraction spasmodique ou tétanos de l'utérus.* — De nombreux accoucheurs de tous les pays ont vanté l'heureux effet du chloroforme dans cette complication, les uns contre la rétraction spasmodique du col, comme Harnier et M. Laborie; d'autres, bien plus nombreux, contre celle du corps qui survient plus ou moins longtemps après l'écoulement du liquide amniotique, dans les présentations de l'épaule méconnées. Parmi ces derniers, il faut citer : Braun, qui dit en avoir obtenu d'excellents effets dans 11 cas de version, dont 2 n'avaient pu être opérées auparavant malgré des tentatives réitérées; Meisinger, qui relate deux cas analogues; Rawitz, qui dit l'avoir employé avec grand succès dans 30 cas; Scanzoni, Konitz, Millet et Villeneuve (de Marseille). M. Stolz dit, au contraire, que l'anesthésie ne fait pas cesser la résistance que la matrice oppose à l'introduction de la main dans sa cavité, et ne facilite ni la version, ni l'extraction du fœtus : il rapporte, à l'appui de cette opinion, une observation très-détaillée et très-probante (*Arch.*, 4^e sér., t. XIV, p. 106). Si je m'en rapportais à ce que j'ai pu voir dans la pratique de mes maîtres et dans la mienne, je formulerais une opinion identique avec celle du savant professeur de Strasbourg. En effet, dans tous les cas de cette espèce que j'ai pu observer à la Clinique de la Faculté, dans le service de M. P. Dubois, je n'ai jamais remarqué de modification notable imprimée à la rétraction spasmodique et tétanique de l'utérus par l'anesthésie poussée jusqu'à l'insensibilité complète; et, dans plusieurs de ces circonstances, l'enfant étant mort depuis plus ou moins longtemps, il a fallu recourir à l'embryotomie pour pouvoir débarrasser les pauvres patientes.

La *folie* existant antérieurement à l'accouchement, ou se développant à ce moment, me semble encore indiquer l'emploi des anesthésiques, afin de placer les malades dans un calme qu'il serait peut-être difficile d'obtenir au moment des douleurs un peu vives. Le fait rapporté par Channing, et que nous avons relaté plus haut, vient confirmer cette manière de voir.

Enfin, il y aura lieu d'administrer le chloroforme dans tous les cas

où une opération notablement douloureuse deviendra nécessaire. Je dis *notablement*, car très-fréquemment on a occasion de faire des applications de forceps, tellement simples en elles-mêmes, comme opération, qu'on peut dire qu'elles n'ajoutent absolument rien à la douleur qu'aurait éprouvée la femme si elle était accouchée spontanément. Eh bien, je crois que, pour ces cas si simples, il est à peu près inutile de soumettre la femme à l'anesthésie.

Elle sera, au contraire, très-bien indiquée dans les circonstances opposées, ainsi que dans la version, l'opération césarienne, la céphalotripsie, l'embryotomie et la délivrance artificielle, qui est ordinairement une opération très-douloureuse.

Dans toutes ces opérations, il ne faut guère demander au chloroforme autre chose que de plonger les femmes dans un calme et une immobilité qui rendent les manœuvres moins difficiles. J'ai suffisamment exposé les effets de l'anesthésie sur les contractions utérines physiologiques et morbides, pour ne pas revenir sur ce sujet à propos des opérations, et en particulier à propos de la version.

On a conseillé, dans les applications de forceps, de n'administrer le chloroforme qu'après l'introduction de l'instrument, afin que la femme puisse avertir, par ses plaintes, dans le cas où l'on aurait compris quelque partie maternelle (col, vagin) dans les cuillères de l'instrument. Je crois cette précaution inutile, quand on a celle de bien guider chaque branche sur la main opposée à celle qui l'introduit.

L'anesthésie a également été préconisée contre les tranchées utérines par MM. Houzelot et Scanzoni. Pour ma part, je lui préfère infiniment le laudanum en petits lavements. Les motifs de ma préférence sont bien simples : le laudanum agit très-bien, très-sûrement et ne présente aucun danger ; ajoutez à cela qu'il est d'une administration bien plus facile et qui, par cela même, peut être confiée au premier venu. Il n'en est pas de même du chloroforme ; ce dernier peut, d'ailleurs, comme nous l'avons montré plus haut, exercer une certaine influence sur l'enfant, en modifiant momentanément la composition du lait.

Je ne ferai que signaler, pour être complet, l'opinion de Scanzoni, adoptée par Spiegelberg, qui croit avoir pu prévenir, dans trois cas, des avortements et des accouchements prématurés par les inhalations anesthésiques. Je ferai, à propos de ces faits, les mêmes réflexions que pour le traitement des tranchées, et je conseillerai aussi de préférence le repos absolu et l'opium en lavement.

CONTRE-INDICATIONS.

Imitant en cela la plupart des médecins qui nous ont précédé dans l'étude et l'appréciation des moyens anesthésiques appliqués à l'art des accouchements, nous ferons prompte justice des diverses considérations de l'ordre purement religieux et moral. Nous nous contenterons de rappeler qu'il s'est trouvé un certain nombre d'esprits timorés qui se sont préoccupés de la question de savoir si ce n'était pas méconnaître la volonté divine et offenser la morale que de chercher à supprimer la douleur que le Créateur avait imposée à la femme sur le point de devenir mère. La fameuse sentence, *Parturires in dolore*, se dressait devant leur mémoire, et ils considéraient la douleur comme une nécessité. Les contre-indications de cette nature n'ont plus besoin d'être discutées, et pour ma part, je serais tout disposé à croire qu'on offense bien plus le Créateur quand on ne met pas à profit toutes les ressources que notre intelligence peut nous fournir pour le soulagement de nos semblables.

Je ne m'arrêterai pas d'avantage à cette considération que les douleurs de l'enfantement sont nécessaires au développement de la tendresse maternelle.

Que dire d'ailleurs de la nécessité physiologique de la douleur et des dangers que pourraient offrir les accouchements indolores, si ce n'est qu'on a fait là une confusion entre les accouchements trop prompts et les accouchements d'une durée ordinaire, dans lesquels la douleur est atténuée ou complètement supprimée. Or ces deux choses sont parfaitement distinctes; et, alors même qu'elles présenteraient des analogies plus grandes, je ne serais pas encore très effrayé, car je ne suis pas de ceux qui redoutent extrêmement les résultats fâcheux d'un accouchement prompt et facile. Je crois, avec mon savant maître, M. P. Dubois, qu'on a beaucoup exagéré les dangers qu'il peut offrir. D'ailleurs, je le répète, ces deux choses sont parfaitement distinctes, comme l'a très-judicieusement fait remarquer M. Danyau, dans la discussion qui s'est produite à la Société de chirurgie après la lecture du rapport de M. Laborie sur le mémoire adressé par M. Houzelot.

Quant aux dangers qui peuvent résulter de l'anesthésie pour la mère et le fœtus, nous nous en sommes occupé assez longuement pour n'y plus revenir. Je crois donc pouvoir dire, en résumé, que les contre-indications de l'anesthésie obstétricale sont à peu près les mêmes que

celles qui ont été formulées ailleurs pour l'anesthésie chirurgicale, à savoir :

1° Les maladies du cœur, des gros vaisseaux, des poumons et du cerveau ;

2° Tous les états qui peuvent prédisposer à la syncope ;

3° Une faiblesse excessive ;

4° Les grandes pertes de sang, l'anémie ;

5° L'épuisement et la prostration typhoïde qui résultent quelquefois d'un travail trop longtemps prolongé ;

6° Une grande débilité, quelle qu'en soit la cause ;

7° L'hystérie et l'épilepsie, à cause de l'influence fâcheuse de l'anesthésie sur ces affections observée par plusieurs médecins.

Enfin, dans quelques cas impossibles à déterminer d'avance, où les premières inhalations sont suivies de phénomènes inquiétants, l'accoucheur devrait renoncer immédiatement à l'anesthésie.

Comme on le voit, tout ce qui précède est encore aussi vrai aujourd'hui qu'en 1857, et je ne trouve guère à y ajouter que ce qui pourrait avoir trait aux différents agents anesthésiques. Nous renvoyons pour cela le lecteur à la thèse déjà citée page 55.

On y trouvera aussi tous les détails désirables sur la durée de l'anesthésie, ses *différents degrés* et les divers procédés d'administration des anesthésiques.

ÉTUDE SUR L'HÉMORRHAGIE ENCÉPHALIQUE

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ,

Par M. J. Parrot,

Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

— SUITE. —

II.

Nous avons recueilli 34 cas de cette affection, en dehors des conditions où se sont trouvés les auteurs précédemment cités ; et comme ils constituent la base de la présente étude, nous croyons devoir en faire connaître quelques-unes. Après les avoir lus, on comprendra mieux la description faite d'après toutes nos observations.

OBSERVATION I. — *Hémorrhagie extra et intra-cérébrale.*

Marie T..., née le 23 mai 1868, succombe le 1^{er} juin.

L'autopsie est faite quatorze heures après la mort.

Les vaisseaux de la région supérieure des hémisphères sont très-congestionnés, et la pie-mère est infiltrée de sang; autour de quelques grosses veines, on voit, çà et là, de petites taches de stéatose arachnoïdienne. — Les lobes sphénoïdaux, dans leur plus grande étendue, ont une teinte noire à reflet bleuâtre, l'on n'y distingue plus les circonvolutions, et lorsqu'on agite l'encéphale, ils oscillent, notamment celui du côté droit, comme le feraient des vessies incomplètement remplies de liquide.

En pratiquant une coupe, parallèlement à l'axe de l'encéphale, on voit ce qui suit : — A gauche, la masse noire est formée par un caillot, dont l'épaisseur atteint près d'un centimètre. La matière cérébrale correspondante, présente une coloration assez foncée, due au sang qui l'a pénétrée. Un peu en arrière, au niveau d'un caillot moins volumineux, existe un véritable foyer de ramollissement, rouge, du volume d'une noisette.

A droite, comme nous l'avons fait pressentir, les lésions sont beaucoup plus étendues et plus profondes. Enveloppée par un caillot large et épais, la corne sphénoïdale est convertie en un vaste foyer de ramollissement rouge. Dans la bouillie noirâtre qui le remplit, on trouve du sang et des corps granuleux. Sur le lobe occipital en bas et en avant, il y a un petit foyer hémorragique, rempli par un caillot de la grosseur d'un noyau de cerise, noir et de date récente. La couche de substance nerveuse qui le limite en bas, a une épaisseur de 2 millimètres au moins. Contrairement à ceux précédemment décrits, il est donc tout à fait intra-cérébral. Ses parois sont imbibées de sang et d'une couleur violette, ou rose dans leur profondeur. On y voit des vaisseaux très-congestionnés.

Les méninges cérébelleuses sont excessivement injectées et ont communiqué aux parties qu'elles touchent une teinte rougeâtre. Les ventricules latéraux sont intacts. Des coupes faites sur les hémisphères cérébraux, montrent que, contrairement à ce qui existe d'ordinaire à cet âge, la substance corticale est plus injectée que la médullaire. Partout, l'injection vasculaire est prononcée; et l'on voit quelques petits foyers de stéatose à la périphérie des ventricules latéraux. — Les poumons sont sains et les cavités cardiaques contiennent un sang fluide.

Obs. II. — *Diarrhée, Muguet. — Thrombose des veines et des sinus intra-crâniens, Hémorrhagie sous-arachnoïdienne et ventriculaire.*

Cécile L..., âgée de 8 jours, est admise à l'infirmerie le 2 août 1873. Elle a du muguet et deux ulcérations symétriques à la partie postérieure de la voûte palatine. Elle refuse le sein et salit fréquemment ses couches, avec une matière jaune et très-aqueuse. T. R. 37°,4.

Les jours suivants, la quantité de lait prise par l'enfant se réduit à quelques cuillerées.

Elle succombe le 9 à 4 h. du matin.

L'autopsie est faite le même jour à 11 h. La graisse sous-cutanée est encore assez abondante. A la base de l'encéphale à droite, on voit sous l'arachnoïde un épanchement sanguin, limité en arrière par la protubérance et le cervelet. Après avoir détaché ce dernier, on voit un gros caillot qui entoure complètement le pédoncule cérébral droit, et pénètre dans le ventricule latéral, dont il occupe les régions postérieure et réfléchie. En avant, il s'arrête au point d'émergence de la veine du corps strié. Il est d'un noir foncé, très-ferme. En arrière de la couche optique, où il emprisonne le plexus choroïde gorgé de sang, il a 2 centimètres d'épaisseur. La paroi ventriculaire est ramollie au niveau de la cavité ancyroïde. La veine de Gallien et celle du corps strié sont remplies par des caillots durs et grisâtres, manifestement anciens. Autour de ce dernier vaisseau, sous l'épendyme, existe un épanchement sanguin.

Dans le ventricule latéral gauche, le plexus choroïde est entouré par une coagulation volumineuse.

Le pressoir d'Hérophile est obstrué par un thrombus volumineux, en partie décoloré et qui envoie des ramifications dans les sinus du voisinage.

Les poumons et le cœur paraissent sains. Le canal artériel est assez largement ouvert. Le thymus est volumineux.

Au-dessus du cardia, la muqueuse de l'œsophage présente une érosion superficielle.

Obs. III. — *Ictère. — Foyers hémorragiques sous-arachnoïdiens, stéatose viscérale, pneumonie.*

Angèle B..., née le 14 janvier 1869, est entrée le 19 à l'infirmerie de l'hospice des Enfants-Assistés. Elle est maigre, et sa peau a une teinte jaune un peu verdâtre. Elle a de la diarrhée.

Poids 1620 gr. T. R. 34,2. Pouls 104.

21 janvier. La teinte ictérique est devenue plus foncée. Poids. 1533 gr. Elle meurt le 22, et est autopsiée le 24 à 10 h.

Encéphale. — A l'ouverture du crâne, il s'échappe une certaine quantité de sérosité, et la pie-mère est œdémateuse. L'arachnoïde présente, çà et là, quelques taches de stéatose, au niveau des confluent anfractueux. Sur la face externe de l'hémisphère gauche, en bas et en arrière, il y a une large plaque noire, un peu saillante, ayant 5 centimètres de long et 3 de large; à contour très-net et dont la surface unie et luisante est formée par l'arachnoïde. Après l'avoir détachée, on voit, à sa face adhérente, l'empreinte des circonvolutions. Elle est solide, compacte, et laisse écouler une sérosité sanguinolente. C'est un caillot sanguin, de 6 à 8 millimètres d'épaisseur, où les globules blancs sont beaucoup plus abondants que de coutume, et ont subi, pour la plupart, la transformation grasseuse. Les circonvolutions qu'il couvrait sont ramollies, infiltrées d'hématies et parcourues par des vaisseaux très-congestionnés. Çà et là, on y trouve des ébauches de corps granuleux.

A la partie antérieure de l'hémisphère cérébral droit, se trouve une coagulation sanguine semblable à la précédente, de 3 centimètres de long sur

13 millimètres de large. Sa surface est un peu grisâtre et l'on y distingue des vaisseaux piemériens très-congestionnés.

Au niveau du sillon de Vicq d'Azyr, et sur chaque lobe cérébelleux, se trouvent deux autres petites concrétions sanguines. Celle de droite a la grosseur d'un noyau de cerise. On la détache aisément, et la substance nerveuse qu'elle couvre est un peu altérée. Celle de gauche a le volume d'une noisette, pénètre profondément dans la scissure, et a déterminé autour d'elle un peu de ramollissement.

Dans tous les points autres que ceux qui viennent d'être signalés, les méninges se laissent détacher avec la plus grande facilité. Partout la substance cérébrale est assez consistante et a une teinte grise, légèrement violacée, surtout dans les parties centrales, où existent de nombreuses ébauches de corps granuleux.

Le muscle cardiaque est décoloré et ses faisceaux sont infiltrés de fines granulations graisseuses. Le poumon gauche est souple, aéré, et d'un gris rosé en haut et en avant; en bas et en arrière, il est simplement congestionné et se laisse facilement insuffler. Celui du côté droit, dans une étendue qui a le volume d'une petite noisette, présente un foyer de ramollissement, dans lequel le sang se trouve en grande abondance. Au milieu des hématies, il y a quelques fibres élastiques, des éléments épithéliaux, des leucocytes stéatosés et des cellules cylindriques à cils vibratiles. Dans le sommet et les parties centrales, existent quelques noyaux de pneumonie, au niveau desquels le parenchyme est grisâtre, mou, friable, infiltré de leucocytes. Les alvéoles des régions aérées contiennent beaucoup de graisse. Le mucus qui couvre la face interne de l'estomac est strié de noir.

Les tubuli de Bellini sont remplis de sphérules d'urate de soude, et ceux de la substance corticale, ne sont stéatosés qu'en un très-petit nombre de points. Le foie est ictérique.

Obs. IV. — Anasarque, ecchymoses multiples. — Hémorrhagies péri-encéphaliques et intra-ventriculaires, pneumonie, stéatose viscérale.

Gabrielle L... est admise à l'infirmerie vingt-quatre heures après sa naissance, le 26 février 1869. Elle est atteinte d'anasarque. Le nez, les lèvres, les paupières, les mains et les pieds, sont d'un violet foncé. De nombreuses taches ecchymotiques se voient sur ces derniers, notamment à leur face plantaire, sur la paume des mains, sur la voûte palatine et à la région lombaire.

Poids, 2,476. T. r. et ax., 28°, 7. Pouls, 72. Respiration, 96.

La mort a lieu le 27 à 2 heures du matin, et l'autopsie est faite trente-trois heures après, Poids, 2,449.

L'enfant n'est pas à terme. La peau a une teinte jaune très-prononcée. Après avoir extrait l'encéphale de la boîte crânienne, on voit, dans les fosses occipitales et le canal rachidien, un sang noir et poisseux. Un énorme caillot cruorique sous-arachnoïdien couvre l'hémisphère gauche dans toute sa moitié postérieure. Quand on cherche à le détacher, on déchire la substance cérébrale, qui est très-ramollie. Il en résulte une perforation qui donne

accès dans la cavité ventriculaire. A la partie antérieure du corps strié, existe sous l'épendyme, un petit caillot de la largeur d'une lentille. On en voit une semblable autour du nerf optique. — L'hémisphère droit est le siège d'un épanchement sanguin, qui s'étend de l'espace sous-arachnoidien antérieur à la scissure de Sylvius et aux anfractuosités voisines. Dans le ventricule, un caillot assez volumineux contourne la couche optique et se termine dans la portion réfléchie. Autour du chiasma des nerfs optiques, sur la protubérance, les pédoncules cérébraux, la face supérieure du cervelet et dans le quatrième ventricule, on trouve du sang coagulé. La substance encéphalique a une teinte jaune très-prononcée. Les portions qui sont en contact avec les caillots sont légèrement rouges, exemptes d'ailleurs de toute autre modification.

Le canal vertébral a une coloration jaune et est parsemé d'ecchymoses. La moelle a une teinte noir verdâtre à sa partie inférieure, où du sang est épanché sous la pie-mère.

Il y a beaucoup de corps granuleux dans le corps calleux et à la périphérie des ventricules latéraux. Dans la moelle, ils sont également assez nombreux. On n'en trouve pas à la surface des circonvolutions, si ce n'est dans les régions qui correspondent aux caillots sous-arachnoidiens. Les vaisseaux encéphaliques, surtout ceux de la périphérie, sont gorgés de sang, mais ils ne présentent pas d'autre altération. — A droite, la cavité pleurale contient une certaine quantité de sérosité fortement colorée par des hématies. Le poumon correspondant, d'un violet noir, est solidifié dans presque toute son étendue, et ses bronches contiennent un liquide sanguinolent. Son tissu est friable et laisse échapper, à la surface des coupes que l'on y pratique, une sanie épaisse. A gauche, les lésions sont beaucoup moins étendues.

Sous le péricarde, on distingue de nombreuses ecchymoses. Le muscle cardiaque, jaunâtre, comme la plupart des viscères, est infiltré, notamment à gauche, de granulations graisseuses. La surface interne de l'estomac est couverte d'une couche de mucus sanguinolent. Il y a encore du méconium à la partie inférieure de l'intestin. Sous le péritoine on voit quelques ecchymoses. Le foie, d'un rouge brun à la périphérie, est vert jaune sur les coupes. La vésicule contient une matière visqueuse incolore. Les tubes de Bellini seuls contiennent, dans leurs cellules épithéliales, une petite quantité de matière grasse. Les muscles, au lieu de leur teinte habituelle, sont d'un blanc jaunâtre. Le faisceau interne des sterno-mastoidiens est le siège de nombreuses ecchymoses ; et l'on y trouve des altérations histologiques très-prononcées. Les stries transversales y sont peu nettes, beaucoup de fibres ont subi des ruptures transversales, parfois nombreuses, et sont infiltrées de granulations qui, pour la plupart, ne sont pas graisseuses.

Le diaphragme et les muscles droits de l'abdomen sont atteints de cette dernière altération, mais à un degré moindre.

Obs. V. — *Athrepsie. — Hémorrhagie périencéphalique, Stéatose cérébrale en plaques, Pneumonie, Ulcérations gastro-intestinales.*

Marie D., âgée de 16 jours, est apportée dans la salle le 28 juillet 1869. Ses garde-robes sont diarrhéiques, très-vertes et fétides. Le ventre est ballonné, la peau a une teinte terreuse.

Poids, 2,123. Pouls, 113. T. R., 35°,6.

Je prescris des bains chauds et l'usage de la potion suivante, qui sera donnée par cuillerées à café, d'heure en heure.

Laudanum de Syden....	4 goutte.
Tannin.....	50 centigr.
Cognac.....	10 grammes.
Julep gommeux.....	120 —

29 juillet. On constate sur les jambes et les pieds, une éruption mal caractérisée.

Le 30. Somnolence, refus des aliments.

Poids, 2,079. Pouls, 120. T. R., 37°,2.

Le 31. Moins de diarrhée, le biberon est accepté.

Pouls, 120. T. R., 37°,6.

1^{er} août. Ulcération du frein de la langue. Les pustules vaccinales que l'enfant porte sur les bras deviennent phlycténoides. Les téguments s'indurent. Poids, 1,847.

Le 3. Ballonnement du ventre. L'enfant ne prend qu'une très-petite quantité d'aliments. Râles muqueux très-fins dans le sommet droit en arrière.

Poids, 1,852. Pouls, 108. T. R., 35°,4.

Le 5. Pas de diarrhée. Poids, 1,835.

Le 7. L'induration de la peau et l'amaigrissement font des progrès.

Poids, 1,748. Pouls, 108. T. R., 34°,4.

Le 8. Les matières fécales sont jaunes et de bonne apparence. Il y a de la toux, et l'on perçoit des râles sibilants dans les deux poumons.

Poids, 1,770. Pouls, 96. T. R., 33°,6.

Le 10. Immobilité, trismus. Respiration faible. Râles muqueux en arrière.

Poids, 1,615. Pouls, 94. T. R., 30°,6.

L'enfant succombe à 10 heures du soir.

Lorsqu'on a extrait l'encéphale de la cavité crânienne, on trouve du côté droit, dans toute l'étendue de celle-ci, mais surtout en arrière, une bouillie rouge brun en grumeaux, avec quelques filaments résistants. Après l'avoir détachée à l'aide d'un filet d'eau, on voit qu'il reste une sorte de membrane paraissant vascularisée, adhérent d'une manière assez intime à la dure-mère, dont la coloration à ce niveau n'est pas modifiée. — Une couche de cette matière couvre l'hémisphère droit en bas et latéralement; elle y adhère moins solidement qu'à la dure-mère. Ça et là, sa coloration est jaune d'ocre. Dans tous ces points, l'arachnoïde n'est pas appréciable. La pie-mère, peu altérée, est aisément séparée de la substance cérébrale. On voit sur celle-ci quelques plaques d'un blanc jaunâtre, irrégulières, se détachant très-nettement sur les parties saines. Leur étendue en surface

Archives de Tocologie. — MARS 1875.

10

est variable, sans toutefois dépasser un centimètre carré, et leur épaisseur est d'un millimètre à un millimètre et demi. Elles existent sur la partie saillante des circonvolutions et dans les anfractuosités. Elles sont plus dures et plus résistantes que les parties saines, et cette anomalie de consistance est encore facile à percevoir dans une certaine étendue autour d'elles, là même où la teinte anormale n'est plus appréciable. Outre ces lésions, on ne trouve, dans la substance cérébrale proprement dite, qu'une petite plaque de stéatose sous-épendymaire à la partie postérieure du ventricule latéral.

La matière pulpeuse, demi-fluide, est constituée surtout par des hématies décolorées et de la fibrine en voie de dégénérescence granuleuse, des leucocytes stéatosés et des granulations protéiques et graisseuses en grande quantité. Sur certains points, notamment au voisinage de la dure-mère, existent des amas amorphes d'un jaune éclatant et de beaux cristaux amaranthe d'hématoïdine. — Quant à la portion membraneuse, elle est formée par du tissu conjonctif, des éléments épithéliaux à noyaux ovalaires, infiltrés pour la plupart de gouttelettes graisseuses, et simulant parfois de véritables corps granuleux. On n'y trouve aucun indice de vascularisation. D'ailleurs, cette membrane est incrustée, en quelque sorte, par les éléments de la pulpe ocreuse. — L'examen des portions jaunes et indurées de la substance corticale n'y révèle qu'un état très-avancé de stéatose, car elles sont constituées par des amas considérables de gros corps granuleux et de granulations graisseuses. Dans les parties un peu indurées, sans coloration anormale, les noyaux de la névroglie commencent à s'entourer de graisse, et l'on y trouve même quelques gros corps de Glüge, ce qui n'a pas lieu là où la substance nerveuse a toutes les qualités macroscopiques de l'état sain. Les vaisseaux nous ont paru à peu près normaux. — Toutefois, cette étude ayant été faite seulement sur des pièces fraîches, nous n'osons pas affirmer que la transformation graisseuse du réticulum soit la seule cause de l'aspect présenté par les parties malades, et qu'un certain degré d'inflammation n'y ait une certaine part.

Poumons. — Hépatisation des régions postérieures du sommet droit et supérieures du lobe inférieur. Quand on comprime ces parties, on voit sourdre, à la surface des tranches, des gouttelettes de pus.

L'estomac est digéré et perforé au niveau de sa grosse tubérosité. Sur la muqueuse de sa face antérieure, existent quelques érosions grisâtres à bords un peu saillants et rouges.

La muqueuse du gros intestin est couverte d'ulcérations, d'un millimètre environ de diamètre, couronnant de petites saillies et entourées d'une auréole d'un rouge vif. Leur fond est jaune. Dans leur voisinage, existent des follicules saillants, à centre grisâtre et légèrement déprimé, dont le pourtour a une teinte violette. On ne peut douter qu'ils ne soient le siège des ulcérations sus-indiquées.

Ces lésions commencent à se montrer peu nombreuses d'abord, à 8 centimètres au-dessus de l'anus, et vont se multipliant et s'accroissant vers la valvule iléo-cæcale. Il y en a dans l'appendice. En outre, dans le cæcum et dans la portion du gros intestin qui le précède immédiatement, la mu-

queuse est rouge et très-tuméfiée. Cela s'observe aussi sur l'intestin grêle dans la région qui confine à la valvule, mais sans qu'il y ait aucune trace d'érosion.

Le foie est marron rouge. Sa coupe est lisse et luisante; il est complètement dépourvu de graisse.

Il y a de petits graviers dans les calices.

OBL. VI. — *Convulsions, Athrepsie. — Stéatose cérébrale, Hémorrhagie périencéphalique et périmédullaire, Pneumonie.*

Augustine W... Z., âgée de 2 jours, entre dans la salle de médecine le 9 juillet 1873. Elle est atteinte d'attaques convulsives, caractérisées par une déviation de la tête à gauche, avec mouvements saccadés des muscles de la face et raideur des membres. Entre les paroxysmes, il y a du strabisme convergent, et les membres sont agités par des secousses rythmiques surtout accentuées à droite.

L'enfant est d'apparence moyenne. P. 128. T. R. 36°, 7. Poids, 3 k. 230.

Le 10. — L'aspect général ne s'est pas modifié et les convulsions persistent. P. 108. T. R. 27,5.

Le 11. — Les convulsions sont moins fréquentes, tout ce qui est introduit dans la bouche est rejeté presque aussitôt. P. 120. T. R. 38,2.

Le 12. — Mêmes manifestations névropathiques. P. 116. T. R. 37,5.

Le 13. — Pendant la nuit, les convulsions ont été nombreuses et intenses. Il est impossible de faire pénétrer le moindre aliment dans l'estomac. Tache méningitique très-marquée. Poids, 3 k. 100. T. R. 37,3. Pouls, 144.

Le 14. — L'enfant prend le biberon, les convulsions sont moins nombreuses. Diarrhée. T. R. 38,2.

Le 15. — Pouls, 164. T. R. 37,4.

Le 16. — Amélioration. Il n'y a pas eu de convulsions depuis hier.

Le 18. — Vomissements. Diarrhée. Le strabisme persiste à un léger degré. Poids, 2 k. 810. T. R. 38,3.

Le 19. — T. R. 37,5.

Le 20. — Poids, 2,750. T. R. 37,6.

Le 30. — La diarrhée et les vomissements persistent, l'on constate du muguet et une ulcération de la lèvre inférieure. Le dépérissement est très-apparent.

Le 31. — Râles sibilants et muqueux dans les deux poumons en arrière. Poids, 2 k. 520. T. R. 37,8.

Le 2 août. — Flaccidité remarquable des chairs, deux ulcérations symétriques et arrondies à la partie postérieure et latérale de la voûte palatine.

Le 5. — La fontanelle est déprimée. Dyspnée. La région xiphoidienne se creuse profondément, à chaque inspiration. T. R. 39,2.

Le 6. — Écoulement par la vulve d'une matière puriforme. Poids, 2 k. 100. T. R. 38,9.

Le 7. — Strabisme convergent. Contracture des extrémités supérieures. T. R. 38.

Le 8. — Ulcération de la gencive inférieure, à sa région médiane. Pouls, 148. T. R. 38,4.

La mort a lieu le 9 à 3 h. du matin.

L'autopsie est faite sept heures après la mort.

Encéphale. — Poids, 1 k. 94. Les circonvolutions de la région postérieure du lobule de l'insula, et celles qui le couvrent, ont une teinte mais et sont indurées. On constate la même lésion en un point assez limité d'une circonvolution frontale et sur celle de l'hippocampe.

A gauche, le lobule de l'insula est altéré comme celui du côté droit, mais sur une plus grande étendue. A ce niveau, la substance cérébrale est indurée et comme atrophiée. La même altération existe sur un centimètre carré, dans l'anfractuosité qui sépare la circonvolution transverse antérieure de la suivante, et à la partie la plus inférieure du sillon de Rolando. En général, la lésion pénètre la couche corticale à une profondeur d'un millimètre et demi.

A la partie supérieure du lobe droit du cervelet et sous l'arachnoïde, on trouve un ancien caillot en nappe, de teinte ocreuse, au-dessous duquel la couche corticale est affaissée et un peu ramollie. Il en existe un semblable à la partie postérieure du lobe sphénoïdal droit; et une matière tout à fait semblable à celle dont ils sont composés est étalée sur toute la moitié postérieure de la voûte crânienne à la face interne de la dure-mère, au-dessus et au-dessous de la tente du cervelet. Elle a toutes les apparences d'une crème au chocolat, et les différents amas qu'elle forme sont séparés par des espaces qui correspondent aux circonvolutions.

La dure-mère a une coloration sépia et est tapissée par une sorte de membrane très-mince. La matière ocreuse, dont il vient d'être parlé, entoure la moelle et est surtout abondante au niveau de la queue de cheval. Des coupes pratiquées à différentes hauteurs sur le cordon médullaire, font voir que sa substance nerveuse n'est le siège d'aucune altération.

L'examen histologique, fait à l'état frais, des portions de la couche corticale atrophiée et colorée en jaune mais, n'y révèle que la présence de corps granuleux, d'autant plus abondants, plus volumineux et plus denses, que l'on explore des parties plus rapprochées du centre de la lésion. Dans ces points, les vaisseaux sont revenus sur eux-mêmes et exsangues, tandis qu'à la périphérie, ils sont gorgés de sang.

Lorsqu'au voisinage de la lésion, on étudie les circonvolutions, couche par couche, on constate que les plus superficielles ne sont pas altérées, tandis que les plus profondes contiennent beaucoup de corps granuleux et des vaisseaux injectés; d'où il semble légitime de conclure, que la lésion a une marche excentrique.

Les portions du cervelet comprimées par le caillot, contiennent des corps granuleux en petit nombre et quelques cristaux d'hématoidine.

La bouillie ocreuse est surtout formée par des hématies très-altérées, formant une petite masse à peu près incolore, à la périphérie de laquelle on voit des grains réfringents, que dissout l'acide acétique. On y trouve aussi des cristaux d'hématoidine et des amas amorphes d'une matière jaune-orange très-réfringente. La concrétion membraniforme qui tapisse la dure-mère est constituée par de la fibrine, des granulations protéiques, entremêlées de leucocytes stéatosés, et quelques gros corps granuleux.

Poumons, Dans toute la hauteur de celui du côté droit, en arrière, on trouve des indurations pneumoniques. Sur un point, la lésion a même atteint la période de ramollissement. A gauche, l'altération est beaucoup moins étendue.

Le canal artériel est largement ouvert.

Il n'y a rien à noter du côté du foie et des reins.

(A suivre.)

SUR UNE SIMPLIFICATION OPÉRATOIRE

APPLICABLE A

L'ABLATION DE CERTAINS POLYPES DE L'UTÉRUS

Par le Dr Guéniot,

Chirurgien des hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté de médecine (1).

Entre la matrice gravide et la matrice affectée de fibrome, il existe une analogie frappante, déjà depuis longtemps signalée. L'augmentation de volume de l'organe, le développement de ses fibres musculaires et de ses vaisseaux sanguins, l'apparition fréquente d'un bruit de souffle dans ses parois, enfin la manifestation d'une contractilité puissante, destinée à expulser le corps étranger, constituent toute une série de phénomènes qui sont communs aux deux états précités.

L'analogie dans le contenu, quoique moins accusé que celle qu'on observe dans le contenant, mérite aussi d'être particulièrement remarquée. Lorsque le fibrome est pédiculé, il présente, en effet, au double point de vue anatomique et fonctionnel, plusieurs traits de ressemblance avec le produit de la conception. Ainsi le néoplasme, de même que le fœtus, offre une consistance solide et des dimensions qui, presque toujours, nécessitent, pour son expulsion, l'effacement et la dilatation préalables du col de la matrice. Comme le fœtus encore, il se trouve d'ordinaire isolé de la paroi utérine par un espace (réel ou virtuel) plus ou moins étendu, et ne puise dans l'organe ses éléments de nutrition qu'à travers un étroit pédicule.

Enfin, s'il s'agit d'extraire artificiellement le fœtus ou de pratiquer l'ablation d'un polype, il n'est pas jusqu'aux procédés opératoires qui n'offrent parfois, dans l'un et l'autre cas, des particularités tout à fait comparables. Par exemple le forceps *obstétrical* n'est-il pas sou-

(1) Mémoire lu à la séance du 20 janvier à la Société de chirurgie.

vent employé pour entraîner au dehors les gros polypes? Et le *céphalotribe* n'a-t-il pas été différentes fois utilisé pour broyer sur place ces corps parasitaires? D'une autre part, dans l'opération de la décolation du fœtus, c'est-à-dire lorsque, celui-ci étant mort en présentation du tronc, la rétraction tétanique de la matrice oblige l'accoucheur à le fragmenter, n'est-il pas de règle d'abaisser autant que possible la région cervicale, à l'aide de tractions faites soit sur le bras, soit directement sur le cou lui-même? Or, dans les excisions de polype, c'est aussi un précepte généralement suivi que d'attirer avec de fortes pinces la tumeur vers la vulve, afin de rendre son pédicule plus accessible aux instruments. Bien plus, les moyens ordinairement usités pour effectuer la section se trouvent être, dans les deux cas, exactement les mêmes et consistent, tantôt dans l'emploi de longs ciseaux, tantôt dans la striction d'une anse coupante, telle que celle du serre-nœud ou de l'écraseur linéaire.

Si j'ai rappelé devant la Société ces diverses analogies, c'est que la simplification opératoire, dont je désire l'entretenir, dérive en droite ligne du mode d'application du forceps *dans la cavité utérine*, et qu'ainsi leur exposé m'a paru constituer une introduction toute naturelle à mon sujet.

On sait que certains fibroïdes, après avoir provoqué de nombreuses hémorrhagies, finissent par franchir l'ouverture de la matrice et par s'avancer jusqu'à l'orifice vulvaire. Si le polype est volumineux, le vagin se trouve de la sorte entièrement obstrué et les attaches de la tumeur se soustraient à toute exploration directe. De là, au point de vue du diagnostic, des difficultés spéciales et, pour le chirurgien, une grande perplexité relativement à l'opération. Dans un cas de ce genre, je dus pratiquer la section, presque à l'aventure, en plein tissu morbide; et dans un autre, je jugeai prudent de renoncer à toute tentative d'excision. Le fait si intéressant et si démonstratif que nous a présenté M. Tillaux est d'ailleurs encore trop récent pour qu'il soit nécessaire de m'appesantir sur ce point.

C'est en raison de ces difficultés diagnostiques et opératoires que, contrairement à l'opinion de notre vénérable collègue, M. Hervez de Chégoin, je ne puis accepter qu'une longue expectation, beaucoup de patience et d'attermolement soient de bonne pratique dans le traitement chirurgical de certains fibroïdes. Pour les tumeurs inopérables, oui, sans doute, c'est là l'unique conduite à suivre. Mais, à mon avis, il ne saurait en être de même pour celles que nous trouvons acces-

sibles à l'action des instruments. Trop attendre, en pareil cas, c'est s'exposer à subir les inconvénients que je viens de signaler. Au contraire, intervenir de bonne heure (toute précipitation mise à part), c'est épargner à la malade une longue suite de souffrances et d'hémorragies, en même temps que se procurer à soi-même une plus grande sécurité opératoire.

Mais que doit-on entendre par ces mots : *tumeur accessible à l'action des instruments*? Il importe que cette condition du polype soit ici nettement déterminée.

On admettra volontiers, je pense, comme un fait indiscutable, que plus le vagin et la cavité pelvienne restent libres, plus aussi les opérations qui intéressent la matrice se trouvent être relativement faciles. Dans la pratique obstétricale, cette vérité est souvent mise en évidence lorsqu'il s'agit de manœuvrer au-dessus du détroit abdominal ou dans le haut de l'excavation. Au contraire, qu'une partie notable du fœtus ou une tumeur quelconque occupe la voie, l'opérateur en éprouvera une gêne proportionnée au degré de l'obstruction. Or, dans l'état de vacuité de la femme, il en est exactement de même pour les cas qui relèvent de la chirurgie proprement dite. Les polypes fibreux, en particulier, rentrent complètement dans l'espèce.

Comment donc une opinion, sinon opposée, du moins assez différente, a-t-elle pu prévaloir, *en fait*, dans la pratique des opérations dirigées contre ces tumeurs? Pourquoi, en d'autres termes, avant de tenter l'excision d'un fibroïde, veut-on généralement que celui-ci ait pénétré d'une certaine longueur dans le vagin? Sans aucun doute, c'est dans l'idée que la tumeur, étant ainsi plus accessible, sera plus efficacement saisie et entraînée vers la vulve; c'est aussi, pense-t-on, parce que ces attaches auront subi un réel amincissement et que se rapprochant de l'extérieur elles deviendront par cela même plus faciles à sectionner. Dans l'opinion commune, le vrai temps d'élection, le moment opportun pour exécuter l'opération, est donc celui où la tumeur occupe une portion plus ou moins notable de la cavité du vagin. Eh bien, quoique fondée à certains égards, je n'hésite pas à dire que cette manière de voir est passible de graves objections.

En effet, lorsque le polype approche peu à peu de la vulve, ce n'est point en vertu d'une descente en masse de la tumeur, mais bien en raison du développement graduel de son volume; de telle sorte que si son extrémité libre s'avance vers l'extérieur, ses attaches n'en conservent pas moins la même élévation. D'une autre part, tout en ad-

mettant que le fibroïde puisse être alors mieux saisi et plus sûrement abaissé, on ne saurait contester que sa présence dans le vagin rendra nécessairement l'accès du pédicule plus difficile et, par conséquent, annihilera en grande partie l'avantage qu'on se flattait d'obtenir. Je n'ignore pas qu'en attirant la tumeur complètement au dehors, on peut d'ordinaire parer à l'inconvénient; mais c'est là une manœuvre violente, quelquefois fort dangereuse et qui n'éclaire pas toujours avec sûreté la main de l'opérateur. Le cas relaté par notre collègue, M. Tillaux, en témoigne suffisamment.

De cet examen critique, il me semble permis de conclure que le chirurgien trouverait un réel profit à ne pas différer l'ablation aussi longtemps qu'on a coutume de le faire. Les tumeurs encore renfermées dans la matrice, sont, en effet, susceptibles d'être excisées par broiement linéaire, avec une facilité au moins égale à celle que nous connaissons pour les tumeurs qui ont envahi une partie du vagin; et je ne crains pas d'avancer, que souvent on pourrait agir, dans le premier cas, avec une sécurité plus grande que dans le second.

Pour moi donc, alors même que le polype se trouve encore totalement inclus dans la cavité utérine — pourvu que celle-ci offre une certaine dilatation de son ouverture, — je considère la tumeur comme étant, en général, parfaitement accessible à nos moyens d'excision. La suite de ce travail suffira, je pense, à démontrer la justesse de cette manière de voir; car le but de ma communication est précisément de montrer qu'à l'aide d'une simplification dans la pratique de l'opération, on peut atteindre d'une façon relativement facile, les attaches d'un fibroïde situé à une telle profondeur.

Voici maintenant en quoi consiste la simplification opératoire dont il s'agit. Deux points principaux la caractérisent; ce sont :

1° La suppression de l'abaissement préalable soit de la tumeur, soit de la matrice;

2° L'application sur l'extrémité adhérente du polype, d'une anse métallique solide, que l'on porte à l'aide du constricteur (1) jusque dans la matrice, en suivant, à cet effet, le mode d'introduction des branches du forceps dans la cavité de cet organe.

La première de ces modifications se comprend assez d'elle-même; elle n'exige évidemment aucun commentaire.

(1) Il s'agit ici du constricteur de Maisonneuve, tel qu'on le trouve fabriqué par la maison Charrière et Collin.

Quant à la seconde, il convient, pour la réaliser, de procéder comme il suit. L'anse du constrictéur étant inclinée sur la tige suivant un angle approprié (généralement d'environ 120 degrés), on manœuvre ensuite l'instrument à la manière d'une branche de forceps. A cet effet, portant deux doigts dans le vagin jusqu'au contact du polype, on les introduit de la longueur d'une demi-phalange au moins, entre ce dernier et l'orifice utérin; puis le long de ces doigts pris pour guides, on fait glisser l'anse métallique jusqu'à l'ouverture de la matrice. Arrivée à ce point, l'anse doit être dirigée de façon que son sommet s'engage, dans l'utérus, par le côté opposé à celui qu'occupaient les doigts. Ceux-ci, en effet, se déplacent momentanément pour favoriser cet engagement. L'axe de la tumeur répond ainsi au vide de l'anneau constrictéur. Les deux doigts intra-vaginaux étant ensuite ramenés à leur première position, le chirurgien fait pénétrer entre eux et le polype la racine de l'anse en même temps que la tige du serre-nœud. De cette façon, la tumeur s'engage par son extrémité dans l'anneau métallique; et il suffit alors, pour arriver à son attache, de pousser avec douceur l'instrument jusqu'au fond de l'utérus. Le pédicule se trouve ainsi entouré de la corde métallique, et celle-ci en effectue, par le jeu du constrictéur, la section complète.

Afin d'assurer le succès de l'opération, il est encore certains détails d'exécution que l'on doit s'appliquer à réaliser. Ainsi :

1^o On facilitera l'introduction du serre-nœud jusqu'au point qu'il doit occuper, en faisant immobiliser la matrice à l'aide d'une légère pression sur le fond de l'organe.

2^o On aura soin de faire correspondre, autant possible, le sommet de l'anse au côté de l'utérus sur lequel il est reconnu que s'implante la tumeur; par conséquent, la tige de l'instrument devra être introduite du côté opposé.

3^o Le constrictéur de Maisonneuve sera préféré à tout autre, parce que, mieux que les autres, il permet de porter jusque dans l'utérus l'anse métallique avec le degré voulu d'inclinaison ou de flexion sur la tige. Or ce degré doit être nécessairement variable suivant le point d'insertion du polype dans la cavité de la matrice.

4^o Afin d'éviter les hémorrhagies, il convient de n'effectuer la section qu'avec lenteur; de plus, l'anse métallique doit être formée de cinq ou six fils étroitement tordus, de façon à constituer une corde résistante, homogène et d'un diamètre d'au moins 3 millimètres.

5^o Enfin, au lieu de deux doigts, la main entière sera quelquefois

nécessaire pour guider l'instrument et engager l'anse autour du polype.

Si je ne m'abuse, certains avantages importants se trouvent liés à l'emploi de ce mode opératoire. En procédant comme il vient d'être dit, on peut en effet intervenir de bonne heure et prévenir ainsi l'inversion partielle de l'utérus, de même que l'épuisement de la malade; par la suppression de l'abaissement artificiel de l'utérus et de la tumeur, on évite à la patiente et les douleurs que provoquent les tractions énergiques, et les inconvénients d'une elongation brusque des attaches de la matrice; enfin, on se met à l'abri d'un accident opératoire possible : la perforation des parois utérines introversées par le polype.

Mais pour exécuter l'opération suivant les données qui précèdent, il est nécessaire — ai-je besoin de le dire? — que la tumeur s'offre dans certaines conditions; car tous les polypes inclus dans la matrice ne ressortissent pas à la chirurgie active. Pour être applicable, le mode opératoire dont il s'agit exige, en effet : 1° que l'orifice utérin soit suffisamment dilaté, c'est-à-dire que son diamètre permette, sans effort dangereux, le passage de l'anse et de la tige du serre-nœud; 2° que la matrice n'offre aucune dépression soit de son fond, soit de ses parois, qui puisse faire craindre l'existence d'une inversion partielle; 3° que le diamètre de la tumeur n'excède pas celui de la cavité vaginale, à travers laquelle l'instrument doit d'abord cheminer.

Moyennant ces dispositions, je le répète, l'ablation des polypes encore contenus dans l'utérus est une opération parfaitement exécutable avec sécurité et succès. A l'appui de ce que j'avance, voici une observation significative qui me paraît intéressante à plus d'un titre, et pour la rédaction de laquelle M. le D^r Niderkorn, médecin de la malade, a bien voulu me fournir divers renseignements utiles.

Polype fibreux de la matrice, implanté profondément dans la cavité de l'organe. — Accidents hémorrhagiques et fébriles très-graves. — Ablation totale de la tumeur à l'aide du constricteur (modification opératoire). — Cessation immédiate des accidents; guérison.

Le 11 juin 1874, de concert avec mon ami le D^r Niderkorn, j'examinai une de ses clientes qui était très-affaiblie par des hémorrhagies répétées, ainsi que par de la fièvre et des crises violentes de douleur utérine. Ces accidents, de date assez récente, étaient dus à la présence d'un polype dont l'extrémité, depuis quelques jours, avait franchi le col de la matrice.

La malade, madame M..., habitante de Batignolles, était âgée de 60 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament nerveux très-accentué. Elle

se montrait extrêmement inquiète de son état et réclamait, à tout prix, un traitement qui mît fin à ses souffrances. Sa santé, habituellement bonne, n'avait été altérée ni par ses accouchements (au nombre de quatre), ni par la ménopause qui avait eu lieu à l'âge de 54 ans. Mais, trois années plus tard, le sang avait paru de nouveau avec une sorte de régularité et sans douleur : la quantité et la durée de l'écoulement rappelaient tout à fait celles des époques menstruelles, et les retours s'effectuaient à intervalles d'un mois, de six semaines et de deux mois.

En janvier 1873, un changement s'était produit ; cette fois, la perte sanguine avait été précédée d'une perte aqueuse abondante, et accompagnée de quelques douleurs lombaires en même temps que de légères coliques au bas-ventre. Dans le cours de l'été suivant, une crise semblable était apparue ; elle se manifesta une troisième fois en mars 1874. Enfin, pendant le mois d'avril, l'hémorrhagie étant devenue incessante, la malade très-affaiblie fut obligée de garder le lit. Malgré ce soin et l'usage de l'ergot, la perte néanmoins continua, en mai, avec des douleurs expulsives d'une extrême intensité.

C'est dans cet état d'épuisement que je trouvai la malade. Depuis une douzaine de jours, M. Niderkorn avait fait tenir en permanence des vessies de glace sur le bas-ventre. Grâce à cette médication, les douleurs avaient presque disparu, et l'hémorrhagie se trouvait réduite à un léger suintement sanguin. Mais il existait, par contre, une fièvre intense ; le pouls dépassait 120 à la minute et le thermomètre marquait 38°5, après avoir souvent atteint 41°. De petits frissons, dus vraisemblablement à l'emploi de la glace, se répétaient irrégulièrement plusieurs fois par jour.

Voici maintenant ce que l'exploration locale me permet de constater.

Le col utérin, complètement effacé, n'est plus représenté que par un simple orifice à bord mince, et situé en arrière à une assez grande hauteur. Cet orifice offre un diamètre d'environ 3 centimètres ; il est occupé par une tumeur qui proémine d'un centimètre dans le vagin. A ses divers caractères, c'est-à-dire à sa consistance ferme, à son insensibilité, à sa forme et à ses rapports anatomiques, de même qu'à son aspect grisâtre noté par M. Niderkorn dans une application antérieure de spéculum, cette tumeur ne nous laisse absolument aucun doute sur sa nature : il s'agit d'un polype fibreux de la matrice. En pénétrant dans la cavité utérine, aussi haut que le doigt puisse atteindre, on reconnaît que le fibroïde va grossissant peu à peu à mesure qu'on se rapproche de sa partie supérieure. Mais sa base ne peut être perçue, non plus que son point d'attache, qui paraît correspondre à la région latérale gauche et postérieure de la matrice. On mesure ainsi une longueur d'environ 5 centimètres de la tumeur. Celle-ci est légèrement mamelonnée à sa surface, et sa forme est celle d'un cône à pointe dirigée vers le vagin.

La matrice est au moins triplée de volume ; une mensuration faite antérieurement avec l'hystéromètre a donné, pour longueur de sa cavité, plus de 10 centimètres. Le développement et la sensibilité de l'abdomen rendent l'organe difficilement explorable par l'hypogastre ; toutefois, on parvient

à constater assez nettement qu'il n'existe aucune dépression de sa surface, aucune inversion de ses parois.

La malade se trouvant dans de telles conditions, nous décidâmes, M. Niderkorn et moi, de supprimer l'usage de la glace, de surveiller avec un tampon tout préparé l'écoulement sanguin de l'utérus, et enfin de différer l'ablation de la tumeur jusqu'au jour où la fièvre serait moins violente et l'état général moins compromis.

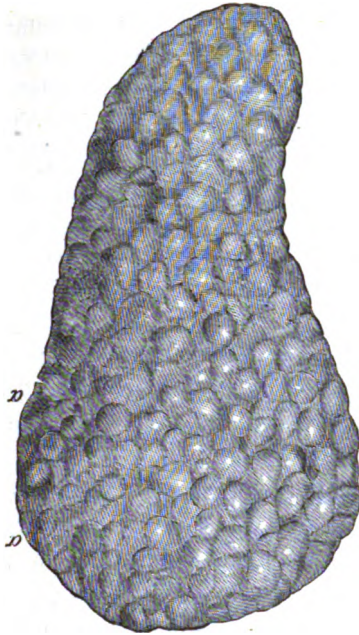
Le 27 juin, cette amélioration nous ayant paru suffisante, nous procédâmes sans délai à l'opération.

Le rectum et la vessie étant vides, la patiente fut mise en situation. L'anesthésie chloroformique, jugée inutile, ne fut point pratiquée. J'inclinai, sur le côté droit de la tige, l'anse du constricteur Maisonneuve, de façon à produire en ce point une courbure accentuée de l'instrument (angle d'environ 120 degrés). Deux doigts de la main gauche furent alors portés sur l'orifice utérin et servirent de guide au serre-nœud, que j'introduisis à l'aide de l'autre main, pendant que M. Niderkorn, pressant sur l'hypogastre, immobilisait la matrice. Je parvins sans difficulté à engager le sommet de l'anse, sur le côté gauche du polype, jusque dans la cavité de l'utérus. Bientôt, sans aucun effort, et par un mouvement léger de bascule, analogue à celui qu'on fait exécuter aux branches du forceps, la racine de l'anse et la tige elle-même pénétrèrent à travers l'orifice utérin sur le côté droit de la tumeur. Celle-ci, de la sorte, se trouva complètement entourée par l'anneau constricteur. Poussant ensuite avec douceur l'instrument dans la profondeur de la matrice, je le fis cheminer d'environ 10 centimètres, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'extrémité de la tige atteignît le voisinage du fond ou le fond même de l'organe. Je fis alors jouer l'instrument avec lenteur. Au bout d'un quart d'heure la corde métallique ayant cessé de mordre, je retirai le serre-nœud.

Quelle ne fut pas ma surprise en voyant que l'anse, au lieu de s'être épuisée dans la gouttière de la tige, avait conservé presque toute son ampleur (laquelle était primitivement d'environ 5 centimètres)! Rien n'avait été sectionné; la tumeur demeurait en place et l'opération était à recommencer. La cause de cette mésaventure dépendait du glissement des attaches de la corde sur le crochet du tracteur. J'avais cru ces derniers suffisamment solides; mais la tumeur résistait à l'étreinte de l'anse, avait fait dérouler les extrémités de la corde autour du crochet; et c'est ainsi que la vis du tracteur avait pu fonctionner pendant un quart d'heure, sans que le diamètre de l'anse se fût sensiblement réduit.

Après m'être assuré contre la possibilité d'un nouveau glissement, je repris incontinent les divers détails de l'opération en procédant de la même manière que la première fois. L'introduction de l'anse dans la matrice et le placement du constricteur au point voulu s'effectuèrent avec une grande facilité. Je fus surpris moi-même de la rapidité de la manœuvre; en un instant le polype se trouva étreint de nouveau, et cette fois d'une façon efficace, car moins d'un quart d'heure suffit pour obtenir la section complète de son pédicule. J'exerçai quelques tractions sur la tumeur, et celle-ci,

franchissant l'orifice utérin, arriva au dehors telle que la figure ci-jointe la présente.



Polype fibreux de la matrice. — aa, son point d'attache sectionné par l'anse du serre-nœud. (*Figure de grandeur naturelle.*)

Les préparatifs de l'opération et l'opération elle-même avaient duré, dans leur ensemble, à peu près une heure. Il y eut à peine 30 grammes de sang perdus. La malade ne ressentit, à proprement dire, aucune douleur, mais seulement une fatigue notable déterminée par la position.

Quant aux suites, elles furent des plus simples et des plus heureuses. Aucune perte ne reparut, la fièvre tomba, l'appétit et le sommeil revinrent ; bref, toutes les fonctions troublées se rétablirent promptement. Dès le 9 juillet (deux jours après l'opération), la réparation commençait à s'accroître dans l'état général ; et aujourd'hui (janvier 1875), la santé de madame M..., se trouve être meilleure qu'elle ne fut jamais depuis plus de dix ans.

De forme régulièrement conoïde, rosée presque sur tous ses points et hérissée, à sa surface, d'une multitude de petits mamelons qui rappellent vaguement les circonvolutions du cerveau, la tumeur se présente revêtue d'une muqueuse très-mince, à peine reconnaissable sur la grosse extrémité, et qui ne pénètre pas jusqu'au fond des sillons intermamelonnaires. Le fibroïde est entier ; il mesure environ 8 centimètres de long, 4 centimètres de large à la base et 3 centimètres et demi d'avant en arrière. Son pédicule, situé sur le côté gauche, à 1 centimètre de la base, offre une surface de

section circulaire, dont le diamètre est de 18 millimètres. Ce point est le seul qui soit à vif et fournisse un très-léger suintement de sérosité sanguinolente.

En pratiquant sur la tumeur une section longitudinale, on reconnaît que son tissu offre partout une coloration blanche prononcée, une consistance très-ferme et une absence presque absolue de vaisseaux. On découvre en même temps, çà et là, des vacuoles dépourvues de paroi propre et qui rappellent l'aspect des vaisseaux béants que présente la coupe du foie. Ces géodes sont plus nombreuses au centre que dans les couches superficielles. Quant aux petits mamelons de la surface, ils sont constitués par autant de foyers, autour desquels les fibres musculaires et élastiques tourbillonnent, se feutrent et forment, par la multiplicité des centres d'enroulement, un véritable semis de petits fibroïdes.

Mon intention n'est pas d'insister sur les divers détails de cette observation; je veux seulement borner mes réflexions aux quelques points suivants. D'abord, on a dû remarquer que le polype avait été excisé avec facilité, puis extrait dans un état de parfaite intégrité. Le succès de l'opération fut certainement favorisé par des circonstances qui ne dépendaient ni du chirurgien, ni de la manœuvre employée. Mais, tout au moins, peut-on en déduire que la simplification opératoire, à laquelle je crus devoir recourir, est susceptible d'une réalisation exceptionnellement heureuse dans ses résultats.

D'une autre part, on a vu que l'anse du constricteur, au moment de son introduction dans la matrice, offrait un diamètre d'environ 5 centimètres, tandis que celui de l'orifice utérin n'en présentait que trois. C'est que les bords de ce dernier, doués d'une certaine souplesse, se prêtèrent sans difficulté à l'extension que nécessitait le passage de l'anse métallique. Ainsi en est-il, assez souvent, dans la pratique des opérations obstétricales. D'ailleurs, comme pour les applications du forceps, lorsque l'orifice utérin, trop peu dilaté, offre un bord mince, on pourrait, en vue de faciliter l'ablation des polypes, pratiquer avec avantage de petits débridements sur sa circonférence.

Enfin, je rappellerai qu'un vice de fonctionnement du serre-nœud m'obligea d'introduire, à deux reprises, l'instrument dans le fond de la matrice. J'eus ainsi, dans la même séance, l'occasion de soumettre à une double épreuve la manœuvre opératoire que je préconise, et, chaque fois, elle me parut être d'une remarquable simplicité.

Messieurs, de même qu'une hirondelle ne fait pas le printemps, je sais qu'une seule expérience ne peut faire une science. Nul, plus que moi, n'est pénétré de cette vérité, déjà si gracieusement formulée, il y a

plus de deux siècles, par Jacques Guillemeau. Aussi, en vous exposant mes idées sur une opération que chacun de vous a plusieurs fois pratiquée, j'ai voulu dégager cette communication de tout caractère prétentieux. Comme vous avez pu le remarquer, j'ai évité de donner aux modifications opératoires dont il s'agit aucune qualification ambitieuse. L'appellation modeste de *simplification opératoire*, qui résume les traits particuliers de cette manière de faire, me préservera, j'espère, du reproche d'illusion sur la valeur et l'importance de la manœuvre proposée.

Je ne rechercherai pas si cette manœuvre a été déjà, dans quelques cas particuliers, antérieurement employée soit par vous, soit par d'autres. Le fait est au moins probable. Mais ce que je crois pouvoir avancer, c'est qu'elle n'a pas été jusqu'ici érigée en précepte. Or, c'est à la faire considérer comme étant d'une application générale que tend précisément cette communication, dont je résumerai l'idée dans les deux conclusions suivantes :

1° Certains polypes inclus dans la matrice peuvent être avantageusement excisés de bonne heure, c'est-à-dire avant qu'ils aient pénétré dans la cavité du vagin et causé l'épuisement de la malade.

2° Le procédé d'exérèse à mettre en usage, en pareil cas, loin d'être difficilement applicable, est, au contraire, d'une simplicité plus grande que ceux qu'on emploie généralement contre les polypes abaissés jusqu'à la vulve.

POLYPES FIBREUX DE LA MATRICE

MYOMES INTRA-UTÉRINS

Par M. le Dr Stoltz, Doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Depuis quelque temps il est beaucoup question de myômes intra-utérins ou de polypes fibreux de la matrice et de leur traitement. L'année dernière, la Société de chirurgie s'était occupée de la question de savoir si les corps fibreux développés sur la surface externe de l'utérus ou dans l'épaisseur de ses parois pouvaient disparaître spontanément (s'atrophier), ou à la suite d'un traitement résolutif. La réponse à cette question est restée en suspens (*adhuc sub judice lis est*), quoique quelques personnes aient paru convaincues de la possibilité de la chose. Si l'on

entendait par *disparition*, *guérison*, une simple *atrophie* ou *diminution* de volume, on aurait pu se mettre très-facilement d'accord. Quoi qu'il en soit, tout le monde, nous entendons par là les praticiens qui sont habitués à voir des cas de ce genre, conviendra que le plus ordinairement ces corps ont plutôt de la tendance à augmenter de volume, à se multiplier ou à rester stationnaires, qu'à s'atrophier, et sont, dans beaucoup de cas, la cause d'accidents plus ou moins graves ou même mortels.

Cette fois il est question de corps fibreux *intra-utérins* plus ou moins *pédiculés*, car on conviendra qu'il en existe beaucoup et des plus volumineux qui ne le sont pas, qui ont des adhérences étendues avec la surface interne de la matrice, sans qu'on puisse bien les déterminer et surtout indiquer les endroits qui en sont le siège principal.

Les corps fibreux *pédiculés* de la cavité utérine sont connus sous le nom de *polypes*. Ces polypes ont leur point de départ dans la cavité du corps ou dans la cavité du col. Les premiers ne sont pas *pédiculés* à proprement parler, mais peuvent être adhérents par une surface plus ou moins limitée; ils sont alors véritablement *sessiles*; ils ne se *pédiculisent* que quand, par suite de contractions plus ou moins énergiques de la matrice, ils commencent à être expulsés. Ils ne sont réellement *pédiculés* que quand ils sont descendus dans le vagin. Mais si la partie adhérente du corps fibreux offre une trop grande résistance pour que sa coque puisse s'allonger et former un pédicule, le corps fibreux attire la partie correspondante de la matrice et donne lieu à une *inversion* de la paroi de l'utérus. Cette partie de la paroi attirée permet au polype d'avancer dans le vagin.

Ces considérations doivent toujours être présentes à l'esprit de tout praticien au moment où il songe à enlever un corps fibreux utérin, soit qu'il soit encore renfermé dans la cavité utérine, soit qu'il ait été poussé dans le vagin, soit enfin que, tout en étant renfermé dans la cavité de la matrice, on veuille le saisir pour l'attirer au dehors du canal génital.

La première chose à faire ensuite est de s'assurer du lieu d'implantation du corps fibreux, de chercher à savoir s'il est *pédiculé* ou s'il n'est que *sessile*, et, dans ce dernier cas, quelle est l'étendue de ses rapports intimes avec la matrice. Le mode opératoire est à choisir d'après les résultats de cet examen.

La question a été soulevée à la Société de chirurgie (Quand y aura-t-il une Société de gynécologie à Paris? Il y en a une à Berlin, une à Leipzig, une à Londres, une à Edimbourg et ailleurs encore, mais à

Paris la chirurgie craindrait de perdre un des plus beaux joyaux de sa couronne). M. Tillaux a eu le malheur de perforer le fond de l'utérus et de causer la mort de sa cliente en se servant de l'écraseur linéaire pour séparer un polype volumineux et attiré hors de la vulve.

A cette occasion on s'est demandé quelle méthode opératoire on doit préférer dans ces cas.

Jusqu'à la fin du siècle dernier et encore au commencement de celui-ci la ligature, c'est-à-dire la constriction lente du pédicule, était le moyen le plus souvent employé, parce que l'on craignait l'hémorrhagie : de là ces nombreux porte-ligatures, ces nombreux mécanismes de constriction, qui sont relégués aujourd'hui dans l'arsenal de chirurgie et qui n'appartiennent pour ainsi dire plus qu'à l'histoire.

La chirurgie moderne étant devenue plus hardie, avec les Dupuytren, les Lisfranc, les Velpeau, les chirurgiens ont eu recours à l'instrument tranchant, aux ciseaux particulièrement, pour séparer le corps fibreux de ses adhérences. On s'est même attaqué au corps lui-même pour l'extraire par morceaux (Amussat), cherchant ainsi à imiter la nature, qui parvient quelquefois à débarrasser l'organisme de ces néoplasmes en les expulsant par fractions.

L'écraseur linéaire a fait faire une espèce de révolution dans l'ablation des tumeurs en général et surtout celle dont l'excision ou l'amputation avec l'instrument tranchant pouvait faire craindre une hémorrhagie inquiétante. Cet instrument a aussi été conseillé pour l'étranglement et la section du pédicule des tumeurs fibreuses appelées polype de l'utérus. Nous ne voulons pas parler ici des avantages et des inconvénients en général de l'invention de M. Demarquay ; ce qui est constant, c'est que la chaîne de l'écraseur attire à elle les tissus environnants, et que si l'on opère près d'une cavité close, on risque fort de la perforer en enlevant un morceau de sa paroi, c'est ainsi que M. Tillaux a perforé la matrice. On peut lire dans *Beiträge zur Geburtskunde und Gynécologie* de Scanzoni, t. III, 1858, une observation de Breslau qui, en amputant le col de l'utérus dégénéré avec l'écraseur, a arraché une portion du vagin et ouvert le péritoine entre la vessie et la matrice (il y a plus d'un exemple de ce genre) ; c'est ainsi que nous avons vu un de nos plus habiles chirurgiens (Bœckel), en voulant enlever avec l'écraseur, de crainte d'hémorrhagie, une tumeur de mauvaise nature saillant dans le vagin et paraissant s'être développée dans la paroi latérale de ce canal, perforer le cul-de-sac postérieur et au point qu'une anse intestinale s'en est échappée.

Si donc, ce qui est incontestable, l'écraseur linéaire est un instrument avec lequel on peut enlever en quelques minutes et sans danger d'hémorrhagie (nous voulons l'admettre pour le moment) des tumeurs saillantes de différentes natures, il faut éviter son emploi dans certains cas particuliers, comme sont ceux, par exemple, de fibromes *intra-utérins*, et dans tous ceux où l'on opère dans le voisinage d'une cavité close.

Mais alors quel moyen préférer, demandera-t-on? Nous donnons la préférence à l'instrument tranchant, aux ciseaux longs, à lames courbes sur le plat surtout, et en cela nous sommes de l'avis de beaucoup de chirurgiens modernes, tels que Dolbeau et Gosselin. Nous nous appuyons sur les considérations suivantes :

Les corps fibreux intra-utérins sont, comme l'examen de ces tumeurs l'a démontré maintes fois, renfermés dans une coque fibreuse plus ou moins épaisse et qui forme leur pédicule quand ils sont pédiculés. Il suffit de détruire cette coque à l'endroit où elle forme le pédicule, pour pouvoir enlever le myôme qui y est renfermé à peu près comme la chair de l'orange (sarcocarpe) dans sa peau épaisse (péricarpe); aussi un ou deux traits de ciseaux suffisent ordinairement pour faire tomber ces tumeurs. Nous avons procédé bien des fois de cette façon, sans jamais avoir eu d'hémorrhagie à arrêter. Les polypes fibreux du col, entre autres, se détachent par un trait de ciseaux comme un fruit par un coup de serpette.

Mais si nous disons que cette méthode est la plus expéditive et la moins dangereuse dans la plupart des cas, nous admettons des exceptions à la règle. Ainsi il ne faut pas confondre des myômes véritables avec des excroissances des lèvres du museau de tanche, par exemple, de la lèvre antérieure ou de la lèvre postérieure, et qui font saillie dans le vagin sous forme de *battant de cloche*. Ces excroissances polypeuses, qui paraissent quelquefois de peu de conséquence et qui s'enlèvent par un seul trait de ciseaux, donnent souvent lieu à des hémorrhagies difficiles à arrêter. Leur pédicule, qui est plus ou moins long, paraît renfermer une artère nourricière qui donne abondamment du sang et ne s'oblitére que difficilement. Dans ces cas, la ligature ou l'écrasement linéaire pourraient être préférés.

Dans la séance de la Société de chirurgie du 20 janvier dernier, M. Guéniot a fait à ses collègues une communication ayant pour objet une *simplification opératoire* applicable à l'extirpation des corps fibreux de l'utérus. Cette simplification doit consister : 1° dans la suppression

de l'abaissement préalable du polype; 2° dans l'emploi, qui est indispensable, du constricteur de Maisonneuve; 3° dans l'application d'une anse métallique solide sur le (pédicule du) polype.

C'est-à-dire que M. Guéniot propose de revenir à l'ancienne méthode, la ligature, avec cette différence qu'il se sert d'un fil métallique; car quant au constricteur (serre-nœud) de Maisonneuve, il représente les anciens instruments employés pour serrer le fil; seulement sa forme et sa force sont en rapport avec la nature et la résistance du fil employé.

En décrivant la manière de faire glisser l'anse de la corde métallique, M. Guéniot a dit que quelquefois il sera nécessaire d'introduire la *main entière* dans l'utérus au lieu de deux doigts. On dirait réellement que l'introduction de la main entière dans la matrice est chose des plus faciles dans ces cas. Avant d'arriver dans la matrice, il faut la faire pénétrer dans le vagin; est-ce que chez une femme qui n'est ni enceinte ni en travail d'enfantement cela est si aisé? Et si l'on y parvenait on n'aurait plus besoin de faire une ligature.

Un membre (M. Boinet) a fait observer que les corps fibroïdes sont loin de se ressembler, et qu'il est impossible d'établir une loi pour leur extraction. C'est-à-dire que les corps fibroïdes ne se ressemblent pas sous le rapport de leur volume, du lieu de leur insertion, de leur mode d'union ou de connexion avec la matrice, etc., et que, pour ces motifs, il faut avoir plusieurs cordes à son arc pour les abattre et les enlever; mais nous croyons que le moyen le plus expéditif et le plus innocent sera toujours, dans le plus grand nombre de cas, l'instrument tranchant, et que l'écrasement du pédicule ou la ligature ne sont indiqués que dans des cas exceptionnels.

(Revue médicale de l'Est.)

NOUVELLE NOTE
SUR LA
CURE CHIRURGICALE DES POLYPES DE L'UTÉRUS

A PROPOS D'UN ARTICLE DE M. STOLZ, INTITULÉ :
Polypes fibreux de la matrice, myomes intra-utérins.

Par M. le Dr Guéniot,
Chirurgien des hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté.

Parmi les méthodes opératoires usitées contre les polypes de l'utérus, deux seulement ont conquis successivement la faveur presque universelle des chirurgiens; ce sont la *ligature* et l'*excision*. Elles seules, en effet, sont susceptibles d'une application générale, tandis que la *cautérisation*, le *broiement*, la *torsion* et l'*arrachement* ne trouvent l'indication de leur emploi que dans des cas exceptionnels.

C'est surtout contre les polypes, dits muqueux, que l'on a parfois recours à l'une ou simultanément à plusieurs de ces dernières méthodes. Mais personne n'ignore que les polypes les plus communs sont ceux que l'on désigne, en raison de leur structure musculo-fibreuse, sous les noms de *fibroïdes* et de *myomes* pédiculés. Grâce aux difficultés opératoires que, trop souvent, ils opposent à l'art, ce sont ces fibroïdes ou ces myomes qui ont particulièrement attiré l'attention des chirurgiens; c'est contre eux aussi que la ligature et l'excision ont été surtout préconisées. Dans le cours de cette note, ce sont ces mêmes tumeurs que j'aurai spécialement en vue.

Ligature. — Avant l'époque de Levret, l'histoire des polypes de l'utérus était fort peu connue; ces néoplasmes se trouvaient généralement confondus avec des tumeurs de nature très-différente. Aussi, jusque-là aucune méthode opératoire n'avait-elle prévalu d'une manière exclusive dans la pratique des chirurgiens. L'excision, faite au-dessous d'une ligature de sûreté, représentait toutefois celle qui était le plus communément appliquée. C'est ainsi que Guillemeau rapporte avoir extirpé très-heureusement, à une demoiselle, un polype volumineux, après l'avoir « premièrement fort attiré au dehors, puis lié à sa pointe et origine aussi haut qu'il lui fut possible. Telle ligature, ajoute-t-il,

fut faite pour la crainte qu'il y avait de quelque flux de sang » (1). Jusque vers le milieu du dernier siècle, rien n'est changé sur ce point, et les chirurgiens de cette époque ne procèdent pas autrement que leurs devanciers. Pour tenter l'extirpation des tumeurs, ils regardent comme indispensable qu'elles soient apparentes à l'extérieur et qu'elles aient franchi, sinon en totalité, du moins en très-grande partie, l'ouverture de la vulve.

Dans la seconde partie du XVIII^e siècle, au contraire, la ligature parvient rapidement à prévaloir sur les autres méthodes, et bientôt elle devient d'un usage presque général. Levret, son promoteur, invente des instruments spéciaux et s'efforce de démontrer que leur emploi offre, comme avantages, de pouvoir « lier promptement, facilement, avec succès et sans aucun danger le pédicule des polypes, *lorsqu'ils sont encore renfermés en entier dans la cavité du vagin.* » (2). D'une autre part, Herbiniaux, renchérissant sur Levret, propose de porter, à l'aide d'un instrument nouveau, la ligature jusque sur les polypes qui sont encore contenus dans la matrice (3).

On le voit, par cette méthode le champ de l'action se trouvait singulièrement agrandi; il n'était plus restreint, comme par le passé, aux seules tumeurs devenues accessibles à la vue. Peut-on dire que ce fut un bien? La réponse ne serait pas douteuse, si les résultats de la ligature eussent justifié la confiance que ses partisans avaient en elle. Mais il n'en fut pas ainsi; et malgré les affirmations d'Herbiniaux, qui prétendait que la mort de ses opérées était due à l'hystérie (4), la nouvelle méthode ne tarda pas à révéler les dangers de son emploi (5).

(1) Guillemeau. *Heur. accouch.*, in-12; Paris, 1642, liv. I, ch. iv, p. 22.

(2) Levret. *Mém. sur les polypes de la mat. et du vagin.* — In *Mém. de l'Acad. roy. de chirurg.*; in-4^e, Paris, 1778, t. III, p. 562.

(3) Herbiniaux. *Parall. de diff. instr., avec les méth. de s'en servir, pour pratiquer la lig. des polypes dans la matrice*; in-8, La Haye, 1771.

(4) Herbiniaux. *Traité sur divers accouch. laborieux et sur les polypes de la matrice*; in-8, Bruxelles, 1782, t. II.

(5) Je dis à dessein : *nouvelle* méthode, car la ligature, telle que la pratiquaient Levret, Herbiniaux, Desault, etc., diffère par plusieurs points essentiels de celle qui, auparavant, était employée comme préliminaire de l'excision. La ligature dont usèrent Guillemeau et ses successeurs ne figurait, en effet, dans l'opération qu'à titre d'accessoire : ils jetaient, à ciel ouvert, le fil sur la racine du polype; puis, ils retranchaient la tumeur à l'aide des ciseaux ou du bistouri, et la ligature seule demeurait fixée au tronçon du pédicule. En une séance, la malade se trouvait ainsi libérée.

Le chirurgien, en l'appliquant, voulait provoquer la mortification du néoplasme. A cet effet, un fil métallique, porté jusqu'à l'origine du polype, était disposé en forme d'anneau sur le pédicule, puis serré avec force de façon à supprimer toute nutrition dans la tumeur. Mais pour arriver au but :

1° Le *serre-nœud*, instrument rigide, devait rester en place dans les voies génitales jusqu'à la chute du polype, c'est-à-dire pendant cinq, dix, quinze jours, et même au delà, ce qui constituait un sérieux inconvénient;

2° *Presque chaque jour*, le chirurgien se voyait dans la nécessité d'*augmenter la constriction* en resserrant la ligature, ce qui, pour la malade, représentait toute une série de douloureuses opérations ;

3° Enfin, sans parler des *convulsions* ni de la *péritonite* qui, parfois, surgissaient au cours des manœuvres, la destruction gangréneuse du polype au sein des voies génitales engendrait presque toujours des *écoulements fétides* et, surtout, beaucoup trop souvent l'*intoxication putride et la mort*.

On conçoit sans peine que les chirurgiens de ce siècle, frappés de tels inconvénients, aient renoncé à la ligature permanente pour adopter une méthode à la fois plus simple et moins dangereuse.

Excision. — Aux époques précédentes, l'emploi si universel de la ligature, soit à la manière de Guillemeau, soit d'après la méthode de Levret, reposait en grande partie sur une connaissance imparfaite de la structure et du développement des fibroïdes. On redoutait alors au premier chef les complications hémorragiques. Grâce à une étude plus approfondie des tumeurs, ces craintes finirent par disparaître, ou du moins, par perdre ce qu'elles avaient d'exagéré; et telle fut l'origine de la révolution qui s'accomplit, dans la cure des polypes, au profit de la méthode de l'excision (1).

Boyer déjà semble préférer l'excision à la ligature. Mais ce fut surtout Dupuytren qui en fit ressortir les avantages et contribua le plus à la faire accepter comme méthode générale. S'appliquant à détruire les appréhensions des chirurgiens touchant l'hémorrhagie, il produisit une statistique de plus de deux cents cas, dans lesquels deux fois seu-

(1) J'entends ici l'excision par l'*instrument tranchant*. Nous verrons bientôt qu'il existe d'autres procédés d'excision auxquels ne saurait s'appliquer ce qui va suivre.

lement il eut à combattre la perte sanguine (1). De son côté, Lisfranc, adoptant les mêmes préférences, ne cite que deux exemples d'hémorrhagie sur 165 excisions (2). Enfin, Velpeau déclare ne pas avoir observé cette complication dans 20 cas qui lui sont propres; et il ajoute : « Les recherches et les dissections que j'ai pu faire, d'accord avec M. Hervez de Chégoin, m'ont démontré que les corps fibreux proprement dits peuvent être excisés sans le moindre inconvénient. Jamais, en effet, ils ne tiennent à la matrice par un pédicule pourvu de vaisseaux volumineux. La couche ordinairement très-mince de l'utérus, qui leur sert de coiffe, est réduite à une simple coque qu'il suffit d'inciser, pour que leur énucléation puisse être facilement terminée *avec les doigts ou le manche d'un scalpel* » (3).

Le témoignage et l'exemple de chirurgiens si autorisés étaient plus que suffisants pour entraîner l'assentiment général et décider du succès de la réforme proposée. Aussi, l'excision fut-elle bientôt intronisée dans la pratique et, depuis lors — c'est-à-dire depuis une quarantaine d'années, — elle règne en son lieu presque sans partage.

Voyons maintenant comment on procède pour appliquer cette méthode.

« On ne peut, dit Gerdy, pratiquer l'excision des polypes utérins que *lorsque ces tumeurs sont saillantes dans le vagin ou hors de la vulve*. Pour l'exécuter, on saisit la tumeur avec les doigts ou on l'accroche avec des pinces de Museux; on l'attire à soi, de manière à en découvrir, autant que possible, le pédicule. L'utérus cède à ces tractions, s'abaisse et permet de couper ce pédicule avec des ciseaux courbes, suffisamment forts, en deux ou trois coups. Si le polype est très-volumineux, on peut l'amener au dehors au moyen d'un forceps » (4).

Sans doute, les procédés d'exécution varient selon le siège, le volume et la mobilité de la tumeur; mais ces variations sont généralement de médiocre importance; le manuel opératoire reste, en fait, essentiellement le même.

A l'aide d'une bonne pince-érigne, dirigée par le doigt, on parvient presque toujours, dit Velpeau, à embrasser la tête du polype. « Soit que le débridement paraisse ensuite indispensable, soit que le doigt

(1) Dupuytren. *Leçons orales*; 1833, t. III, p. 421.

(2) Lisfranc. *Clin. chirurg. de la Pitié*; 1843. t. III, p. 210.

(3) Velpeau. *Méd. opérat.*; 2^e édit., 1839, t. IV, p. 394.

(4) P. Gerdy. *Des polypes et de leur traitement*; Paris, 1833, p. 173.

puisse, de prime abord, gagner la racine de la tumeur, je conduis jusque-là ou de longs ciseaux courbes, ou le couteau mousse également courbe. Les soutenant du doigt pendant qu'un aide tire modérément sur les pinces, je détache sans peine le polype » (1).

Je pourrais multiplier ici les citations et évoquer les textes de nos plus récents *Traité de chirurgie opératoire* ; mais ce soin me paraît superflu. Quelle que soit la description à laquelle on se reporte, il est aisé de reconnaître qu'en définitive l'essence de la méthode consiste dans les points suivants :

1° Nécessité d'atteindre avec un ou plusieurs doigts le pédicule du polype ;

2° Abaissement artificiel presque toujours indispensable, soit de la tumeur, soit de la matrice (2), jusqu'à l'orifice vulvaire ;

3° Excision pratiquée sur le doigt, à l'aide d'un instrument tranchant (ciseaux ou bistouri).

Or, peut-on admettre que de telles conditions représentent, au sujet des polypes, les derniers perfectionnements dont notre art soit susceptible ? N'est-il pas plus exact de dire que, pour un certain nombre de cas, elles rendent, au contraire, la chirurgie ou impuissante ou dangereuse ? *Impuissante* ! cela me paraît incontestable toutes les fois que l'attache du polype se trouve trop profondément située, c'est-à-dire au delà de la portée du doigt ; et les exemples de ce genre ne sont pas d'une extrême rareté. *Dangereuse* ! qui pourrait le nier, lorsque pour rendre accessible la racine de la tumeur, on exerce sur celle-ci ou sur la matrice des tractions propres à les entraîner l'une et l'autre jusqu'à la vulve ? En réalité, l'inversion de l'utérus n'est-elle pas un résultat fréquent de ces efforts ? Et, sans parler des douleurs que provoque cet abaissement forcé, ne convient-il pas de compter aussi l'hémorrhagie comme un accident, non-seulement possible, mais encore souvent très-redoutable ?

Quoi qu'en aient dit Dupuytren et Lisfranc, qui avaient à combattre sur ce point des craintes exagérées, il est parfaitement exact que la section par l'instrument tranchant peut déterminer des pertes sanguines inquiétantes ; et celles-ci offrent d'autant plus de gravité

(1) Velpeau. *Médecine opérat.* ; 2^e édit., 1839, t. IV, p. 400.

(2) Lisfranc (*Clin. chirurg.* ; t. III, p. 208) et M. Chassaignac (*Traité de l'écrasement linéaire* ; p. 232) donnent la préférence à l'abaissement de l'utérus.

qu'elles se produisent chez des sujets fort anémiés. Marjolin a vu mourir ainsi une femme, peu de temps après l'excision d'un polype. D'ailleurs, Dupuytren et Lisfranc concèdent eux-mêmes que l'hémorrhagie est possible, puisqu'ils en citent chacun deux exemples et qu'ils conseillent, pour les cas douteux, de ne pas opérer la section, avant d'avoir jeté sur la racine de la tumeur une ligature de sûreté.

Il est généralement admis, et M. Stoltz partage cette opinion, que les polypes ne présentent jamais de vrai pédicule, c'est-à-dire de prolongement radiculaire qui leur soit propre. Je tiens volontiers le fait pour réel; mais le danger d'hémorrhagie en est-il diminué parce que ce pédicule procède du tissu même de la matrice? On ne peut disconvenir, ce me semble, que la muqueuse utérine et la couche musculaire qui souvent l'accompagne dans la formation du pédicule ne se trouvent, au moins quelquefois, abondamment pourvues de vaisseaux. Sans doute, les nombreuses dissections de Velpeau et d'Hervez de Chégoin, de même que les statistiques de Dupuytren et de Lisfranc, comme aussi les excisions pratiquées par M. Stoltz, démontrent que ce développement vasculaire n'est pas chose commune; mais enfin il existe. Que ce soit à l'état de rareté, rien de plus vrai s'il s'agit de fibroïdes implantés sur le col utérin ou dans son voisinage; pour ceux qui, au contraire, correspondent aux régions supérieures de la matrice, je crois cet excès de vascularisation déjà beaucoup moins exceptionnel. Quoi qu'il en soit, on ne saurait contester qu'il y ait intérêt à ne pas oublier, dans l'opération, les dangers d'une telle disposition.

Bien plus, il est des cas (également exceptionnels) dans lesquels le polype tout entier n'est qu'une émanation du tissu propre de la matrice ou, en d'autres termes, qu'une hypertrophie locale de la paroi de cet organe. On en trouve figuré un remarquable exemple dans l'Atlas d'anatomie pathologique de Cruveilhier (1). Le polype, de forme conoïde, naissait du fond de l'utérus par son extrémité étroite et ne faisait qu'apparaître par sa grosse extrémité dans l'orifice utérin légèrement entr'ouvert. Son volume atteignait celui d'un gros œuf de poule, et son tissu se continuait sans aucune ligne de démarcation avec le tissu propre de la matrice. « C'était en effet, ajoute Cruveilhier, un prolongement de ce tissu propre, et non point un fibroïde développé dans l'épaisseur de l'utérus. L'identité entre le tissu de la matrice et le tissu du polype était telle, que l'examen le plus attentif ne put y démontrer

(1) *Anatomie patholog. du corps humain*; Paris, 1830-42, pl. VI, xi^e liv.

la plus légère différence. *On retrouvait dans l'épaisseur du polype les cavités veineuses ou sinus, qui appartiennent au tissu de l'utérus hypertrophié.* »

Dans un tel cas, n'est-il pas évident que les procédés ordinaires d'excision eussent été impuissants à atteindre la racine du polype? D'une autre part, en supposant qu'à l'aide de tractions violentes sur la tumeur, on fût parvenu à l'abaisser suffisamment, ne ressort-il pas clairement de la description qu'une section faite sur le pédicule, avec l'instrument tranchant, eût infailliblement provoqué une hémorrhagie?

La méthode de l'excision, telle qu'elle est généralement appliquée de nos jours, se présente donc, dans diverses circonstances, avec des imperfections et des inconvénients réels. Déjà, M. Chassaignac a insisté sur les dangers d'hémorrhagie (1); et c'est pour y parer qu'il préconise l'emploi de l'écrasement linéaire. Ce dernier procédé compte, parmi nos contemporains, bon nombre de partisans; mais, comme les pertes sanguines sont, en définitive, très-rares après l'excision au bistouri, et que l'écraseur offre lui-même quelques inconvénients, sa substitution au procédé des ciseaux ne s'est pas complètement généralisée.

Modification opératoire proposée par l'auteur. — Dans la note que j'ai présentée à la Société de chirurgie (séance du 20 janvier 1873), et qui se trouve reproduite plus haut, on a pu voir en quoi consiste la *simplification* opératoire dont je propose l'emploi. M. Stoltz estime qu'il s'agit d'un retour vers la ligature. Malgré la haute valeur que j'attache aux opinions de ce savant maître, il m'est impossible de partager son sentiment à cet égard. Le procédé que j'ai décrit et mis en pratique appartient, selon moi, à la méthode *générale* de l'excision, au même titre que les procédés par l'écraseur linéaire et par l'anse galvanocaustique. Quel est, en effet, l'élément qui donne à l'excision son cachet spécifique? Serait-ce l'instrument employé (bistouri ou ciseaux)? Évidemment non. Ce qui constitue l'essence de la méthode, son trait caractéristique, c'est l'*ablation extemporanée de la tumeur à l'aide d'une section de son attache*. Que cette section soit opérée avec une chaîne coupante, avec une corde métallique, avec un fil suffisamment chauffé ou avec le tranchant d'un bistouri, peu importe; tous ces procédés ressortissent à la grande méthode de l'excision. Je crois donc qu'il ne

(1) Chassaignac. *Traité de l'écrasement linéaire*; Paris, 1856, p. 331.

saurait y avoir doute sur le classement du procédé que j'ai décrit; loin d'appartenir à la *ligature*, il s'écarte, au contraire, considérablement de cette méthode, et par la facilité de son exécution, et par la promptitude de ses résultats.

On a dû remarquer que je reconnais à l'excision par l'instrument tranchant, trois inconvénients qui ne sont pas sans importance, à savoir :

1° L'impossibilité de retrancher les tumeurs dont la racine, trop élevée, reste inaccessible au doigt;

2° Les douleurs et les dangers que font naître les tractions exercées, soit sur le polype, soit sur la matrice;

3° Les possibilités de complication hémorrhagique.

Or, le procédé de broiement linéaire, qu'on applique comme je l'ai indiqué, à l'aide du constricteur, est précisément affranchi de ces imperfections. C'est donc un triple avantage qui doit être mis à son actif, et qui, dans bon nombre de circonstances, peut suffire à le faire préférer. Mais, par contre, n'offrirait-il pas quelques inconvénients qui lui soient propres? Pour le bien juger, c'est ce qu'il importe de savoir.

M. Stoltz reproche à l'écraseur de Chassaignac de n'opérer la section des tissus qu'en les frônant et en attirant vers lui les parties qui avoisinent la tumeur; de là, le danger de blesser des organes, qu'il est essentiel de ménager. Je crois ce danger réel, si l'on n'y prend garde; et j'ajoute qu'il existe au même degré lorsqu'on use du constricteur; car la corde de celui-ci n'agit pas autrement que la chaîne de celui-là. Mais, pour que l'accident se produise, il faut, on le comprend, que les organes menacés jouissent d'une certaine mobilité; c'est ce qui existe lorsqu'on opère au fond du vagin, sur le museau de tanche ou sur les parties qui y confinent. En pareil cas, il est évident que l'on doit redoubler d'attention, ou mieux encore, recourir s'il est possible à l'emploi d'un autre procédé. Quoique des plus simples et des plus efficaces, la manœuvre que j'ai proposé d'utiliser peut donc n'être *pas toujours* la plus sûre; c'est là une conclusion qui en réduit certainement la valeur absolue, mais qui n'infirmes en rien sa supériorité relative.

Cette modification opératoire compte, ai-je dit, parmi ses principaux avantages, celui de permettre d'exciser même les polypes qui s'implantent sur le fond de la matrice, et dont l'attache (pédiculée ou non) se soustrait à l'exploration du doigt. C'est ainsi que j'ai retranché, sans avoir pu atteindre sa racine, le polype qui est figuré dans

ma première note. On conçoit néanmoins qu'à l'avantage dont il s'agit se trouve nécessairement lié un inconvénient, celui de manœuvrer un peu dans l'inconnu. Mais, que l'on veuille bien y réfléchir, et l'on verra que cet inconvénient est léger.

En effet, lorsque le polype n'a pas encore franchi le col utérin et que l'on s'abstient de toute traction sur lui, il est reconnu que la matrice n'est pas sujette à s'introverser. Pour opérer avec plus de sécurité, on doit d'ailleurs, autant que possible, s'assurer par la palpation de l'abdomen qu'elle n'offre aucune dépression, soit de son fond, soit de son hémisphère antérieur. Premier point très-important. — En second lieu, notons ce fait, aujourd'hui bien constaté, c'est que les fibroïdes de forme allongée, les vrais polypes, n'existent jamais qu'à l'état solitaire dans la cavité utérine; de telle sorte que les parois de celle-ci offrent toujours une certaine régularité, sinon une régularité parfaite. Or, ces deux points étant acquis, quel danger prévoit-on à faire cheminer, même sans le contrôle de la vue ni du toucher, l'anse du constricteur, depuis le col de la matrice jusque dans la profondeur de l'organe, c'est-à-dire depuis la tête jusqu'à la racine du polype? Ne procédons-nous pas chaque jour de la sorte dans nos applications du forceps? Quelle est donc la portion saine des parois utérines que l'on pourrait ainsi comprendre accidentellement dans l'anse? Sans doute, il ne me sied pas de poser des bornes au *possible*; mais si l'on supposait qu'il y eût une indication d'entamer en quelque point ces mêmes parois, croit-on que l'on y parviendrait aisément à l'aide du constricteur? Pour ma part, j'ai peine à le penser.

En concédant qu'il n'y ait aucun danger à faire progresser l'anse jusqu'à la racine du polype, peut-on admettre qu'il en sera de même de la mise en jeu de l'instrument? Pour répondre à cette question, remarquons d'abord que la tumeur, fût-elle dépourvue de pédicule, n'en serait pas moins sectionnée à son origine, et cela sans hémorrhagie. Bien plus, la couche de tissu utérin qui revêt d'ordinaire le néoplasme, eût-elle exceptionnellement une épaisseur insolite, il est tout à fait probable que son ablation n'entraînerait pas d'amincissement dangereux, ni surtout de perforation des parois; car l'organe, arrondi en coupole au niveau de son fond, n'offre pas cette mobilité ni cette mollesse que l'on rencontre dans les culs-de-sac vaginaux, et qui rendent parfois nuisible l'emploi de l'écrasement annulaire. Néanmoins, jusqu'à ce que les faits aient parlé, il me paraît prudent de n'être pas trop affirmatif à cet égard; car, en se rétrécis-

sant, l'anse métallique tend à se redresser, c'est-à-dire à ramener son plan dans l'axe de la tige; d'où un frottement *possible* sur le point correspondant de la paroi utérine. Assurément, si l'on considère la situation souvent si menaçante de la femme atteinte de polype, situation à laquelle le procédé ordinaire de l'excision peut être impuissant à remédier, on tiendra pour fort légère l'éventualité d'une telle érosion sur le fond de la matrice. Mais, pour ne rien taire des circonstances qui peuvent constituer le *passif* du procédé que je propose, acceptons que l'anse du constricteur est parfois susceptible de contusionner légèrement un point limité de la paroi utérine.

Deux inconvénients (celui que je viens de signaler et celui de n'être *pas toujours* le procédé le plus sûr), deux inconvénients, dis-je, se trouvent donc attachés à la modification opératoire que j'ai décrite. Que l'on veuille bien les peser et les juger ce qu'ils sont, puis les opposer aux avantages qui représentent l'*actif* du procédé, et l'on se convaincra aisément, je pense, que celui-ci est susceptible de rendre à la pratique de réels services.

Dans la discussion qui a suivi ma communication à la Société de chirurgie, M. Tillaux m'a objecté qu'il existe, au point de vue opératoire, une grande différence entre les polypes totalement inclus dans la matrice et ceux qui déjà apparaissent par leur extrémité libre, dans l'ouverture du col utérin. Or, celui dont j'ai relaté l'histoire dans ma première note, proéminait par sa pointe dans le fond du vagin. La remarque de M. Tillaux est fort juste. Une tumeur encore incluse dans un utérus complètement clos ne serait opérable par aucun procédé, pas plus par le mien que par tout autre. Il est évident que pour atteindre la racine du polype, il faut au moins (qu'on me passe l'expression) que la porte soit entr'ouverte. Comme cette ouverture du col se produit à la fois sous l'influence des contractions utérines et de la pression mécanique du polype, il en résulte que celui-ci proémine toujours un peu dans le vagin, ou, tout au moins, affleure les bords de l'orifice, lorsque l'ouverture de la matrice est devenue suffisante pour permettre d'opérer. C'est dans ce sens que doit être comprise la première conclusion de mon travail (1).

(1) Voici quels sont les termes de cette conclusion: « Certains polypes inclus dans la matrice peuvent être avantageusement excisés de bonne heure, c'est-à-dire avant qu'ils aient pénétré dans la cavité du vagin et causé l'épuisement de la malade. »

Quant au fait d'avoir avancé que la main entière devrait être quelquefois portée jusque *dans l'utérus*, fait que m'attribue M. Stoltz, comme je n'ai jamais ni pensé, ni écrit, ni énoncé d'aucune manière une telle chose, qu'il s'agit par conséquent d'une erreur matérielle, d'un *lapsus* typographique, je suppose, il me paraît tout à fait inutile d'y insister. J'ai dit seulement, — et j'estime que déjà c'est bien assez, — qu'au lieu de deux doigts, il serait *parfois* nécessaire d'introduire la main entière *dans le vagin*, afin de mieux diriger l'anse du constricteur. Jusqu'ici j'ai pu me dispenser de recourir à cette pratique; et si quelques cas insolites ne m'imposent jamais la nécessité de l'appliquer, j'avoue que je n'aurai pas de peine à m'en applaudir.

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

De l'influence de la syphilis sur les femmes enceintes, d'après divers modes de traitement.

Le Dr Weber, de Saint-Petersbourg, a publié dans *Allgemeine medicinische central Zeitung*, 3 et 6 février, les résultats de ses observations sur 129 femmes enceintes atteintes de syphilis, qui furent admises à l'hôpital d'Obushow dans les dix dernières années, de 1863 à 1873. De ces femmes, 35 furent simplement soignées localement ou pas du tout; 35 furent soumises à des onctions externes; pour 23 les onctions externes furent combinées à un traitement interne ioduré (iodure de potassium et teinture d'iode); 19 furent traitées par l'iodure de potassium et le sublimé corrosif pris à l'intérieur; et, dans 17 cas, l'iodure de potassium fut le seul remède employé. Il donne de nombreux détails statistiques que nous pouvons résumer ainsi :

1° En général, le cours de la grossesse fut interrompue dans 25 ou 20 0/0 de ces cas; cette proportion, cependant, peut être réduite en tenant compte que, de ces femmes, 4 eurent un érysipèle de la tête; 1 une fièvre récurrente, et 1 un typhus exanthématique.

2° Chaque méthode de traitement qui se fait par les voies digestives prédispose à l'accouchement prématuré.

3° Dans les cas soumis à un simple traitement local, il y eut 20 0/0 d'accouchements avant terme. Chez trois femmes, cependant (atteintes de fièvre typhoïde, de fièvre récurrente et d'abcès étendus), une fièvre violente semble avoir été la cause du travail prématuré.

4° Chez les femmes enceintes traitées par des onctions en même temps que par des applications locales, il n'y eut pas de troubles dans le cours de la grossesse. Ceci confirme l'opinion du professeur Sigmund que le traitement par les onctions extérieures n'a aucune mauvaise influence sur le cours de la grossesse.

5° Chez les femmes où ces onctions externes furent accompagnées ou suivies de l'usage à l'intérieur de l'iodure, la proportion des accouchements prématurés fut de 37 0/0 ; ce chiffre cependant peut être réduit à 20 0/0 en déduisant deux cas graves d'érysipèle de la face.

6° Le traitement général par la solution d'iodure de potassium et de perchlorure de mercure, donne 15 0/0 de naissance avant terme.

7° Dans les cas traités par l'iodure de potassium, il y eut 42 0/0 d'accouchements prématurés.

8° L'action désastreuse du traitement général ne correspond en aucune manière à la durée, mais bien plutôt à ses effets sur les organes de la digestion. De là il faut conclure que le traitement général doit être interrompu à la première indication de trouble digestif chez la femme enceinte.

9° La période de la grossesse à laquelle le traitement général est commencé, ne semble pas avoir d'influence sur la production de l'accouchement prématuré.

10° Le degré de développement de la syphilis semble ne pas être sans influence sur la détermination de la naissance avant terme.

11° La période puerpérale suivit un cours anormal dans 4 cas, sur 14 traités localement; dans 3 cas, sur 8 traités par les onctions et l'iodure; dans 3 cas, sur 4 traités par l'iodure et le sublimé (une de ces femmes mourut); et dans 4 cas, sur 10 traités par l'iodure de potassium.

État de l'utérus cinq semaines après l'accouchement.

Le Dr W. F. Jenks a examiné l'utérus cinq semaines après l'accouchement. Il a donné dans l'*American Supplement to the obstetrical Journal*, le résultat de ses recherches. Il a été conduit à corroborer cette opinion, actuellement émise par quelques-uns des meilleurs histologistes, que la reproduction du tissu musculaire se fait au milieu de la prolifération et de la division des cellules du tissu connectif, en constituant des cellules indifférentes ou embryonnaires, lesquelles, plus tard, se transforment en fibre musculaire lisse. Il n'a pas pu trouver la preuve de la division du noyau de la cellule musculaire

ayant subi la dégénérescence graisseuse, car cela est contraire aux lois de reproduction de supposer qu'une cellule, morte elle-même par la dégénérescence graisseuse moléculaire, puisse donner naissance à une nouvelle cellule douée de vitalité. Le parenchyme de l'utérus soumis à son examen était infiltré de petites cellules arrondies et de nouvelle formation, auxquelles on a donné le nom de cellules embryonnaires ou indifférentes, parce qu'elles prennent le type du tissu dans lequel elles se forment, et qu'elles peuvent devenir tissu musculaire, ou tissu nerveux, ou tissu osseux. En examinant la couche musculaire interne de l'organe, on voyait manifestement les restes d'anciennes fibres musculaires hypertrophiées; les cellules étaient cependant très-diminuées en étendue et infiltrées de granulations graisseuses; mais en aucun autre point de l'utérus il ne fut trouvé trace du précédent tissu musculaire. De là on pouvait tirer cette conclusion très-probable, que la « rénovation » marche de l'intérieur à l'extérieur, et que l'accomplissement de ce travail a lieu dès ou près de la cinquième semaine après l'accouchement. Cette opinion se rapproche beaucoup de celle de M. Heschl, qui établit que la dégénérescence graisseuse et l'absorption de la structure musculaire ancienne n'est pas terminée avant la huitième semaine et ne se continue pas ensuite. Priestley, dans son traité sur l'utérus grévise, a écrit que les fibres musculaires si développées ne se trouvent plus après la troisième semaine, le milieu du parenchyme étant alors formé de cellules embryonnaires. Le Dr Jenks pense que durant le temps où se fait le travail rapide d'involution, la femme doit rester au lit dix jours ou deux semaines, et qu'ensuite elle doit avoir soin de ne se livrer à aucun exercice trop actif. Dans la pratique hospitalière, où les malades appartiennent à la classe pauvre, comme elles ne veulent ou ne peuvent pas conserver le repos après l'accouchement, la maladie de l'utérus, de beaucoup la plus fréquente, est un arrêt dans la régression de la matrice après la délivrance naturelle ou après la fausse couche; à cela s'ajoutent les déplacements douloureux de l'organe et le catarrhe chronique de la membrane muqueuse. Cela dépend de leur manière de vivre avant les modifications de structure des tissus, ou plutôt avant la terminaison de certains changements qui ont lieu, et qui ne doivent être normalement complétés qu'un mois au plus après la délivrance. Quant aux divers soins donnés à la femme pendant l'état puerpéral, on ne pourra juger de leur valeur que six mois ou un an après l'accouchement; ce sera le véritable criterium, et non pas sa santé générale un mois seulement après l'accouchement, même si les condi-

tions de subinvolution existent ; les signes et les symptômes morbides se manifesteront seulement quand l'organe engorgé par une circulation lente, due en partie à l'existence des fibres du tissu musculaire des vaisseaux sanguins arrêtés dans leur travail de régression, s'abaisse profondément dans la cavité du bassin. L'utérus d'habitude se trouve en rétroversion parce qu'il n'est pas soutenu convenablement par des ligaments relâchés, les parois vaginales et le périnée, en même temps que la membrane muqueuse, par suite d'une congestion passive de son système vasculaire, passe à un état de catarrhe chronique, et des troubles, à la fois locaux et sympathiques accompagnant cet état, se développent lentement mais sûrement à une période ultérieure. (*The British medical Journal.*)

REVUE CLINIQUE.

Rétrécissement du bassin, 7 cent. pour le diamètre antéro-postérieur. — Céphalotripsie.

N° 41 des salles de la Clinique. Femme entrée le 11 janvier à midi. Supposant elle-même qu'elle n'était pas très-bien conformée, elle était allée avant de se marier trouver un médecin pour savoir si elle pouvait contracter mariage. Ce médecin, après examen, répondit que rien dans sa conformation ne l'empêchait d'avoir des enfants. Elle se maria donc il y a deux ans, devint enceinte au bout d'un an, et, à six mois de grossesse, conservant encore quelques doutes, elle alla retrouver son médecin, qui persista dans son premier avis. Au terme de la grossesse une sage-femme fut appelée, qui, remarquant la déformation des membres, fit appeler un autre médecin, qui reconnut la viciation du bassin.

On la conduisit à la Clinique, sans avoir rien entrepris pour l'accoucher en ville.

Cette femme est petite, elle n'a que 1 m. 32 de hauteur, ses membres inférieurs sont courts quoique de même longueur ; les cuisses et les jambes sont déformées ; le tibia droit présente une inflexion en avant, tandis que le gauche est courbé en dehors ; il n'y a pas du tout de symétrie dans leur conformation ; les fémurs sont très-arqués, lorsque l'on rapproche les malléoles internes, les genoux ne se rejoignent pas, et il existe un vide notable entre les deux membres inférieurs. Les hanches sont larges, les têtes des fémurs jouent bien dans les cavités cotyloïdes. La colonne rachidienne ne présente aucune déviation ni latérale, ni antéro-postérieure, seulement,

Archives de Tocologie. — MARS 1875.

l'angle formé par sa réunion au sacrum est très-aigu, ce qui donne lieu à une ensellure très-marquée. Les membres supérieurs n'offrent pas de déformation bien appréciable, ils sont courts, les mains sont larges et les doigts ont peu de longueur. Pour quiconque sait comment procède le rachitisme, il était à peu près démontré que le bassin devait présenter un rétrécissement dans le détroit supérieur; en effet, M. Depaul, après avoir mesuré soigneusement avec le doigt la distance qui sépare le bord inférieur de la symphyse du pubis de l'angle sacro-vertébral la trouva de 8 cent. et demi.

M. Depaul se trouvait donc en présence d'une femme rachitique à bassin notablement rétréci et parvenue à terme, car les règles avaient apparu pour la dernière fois le 19 mars 1874. L'état général n'était, du reste, pas mauvais, on n'avait fait en ville aucune tentative d'accouchement. Les douleurs qui avaient commencé le même jour, 11 janvier, à deux heures du matin, n'étaient pas très-violentes, la poche des eaux s'était rompue spontanément. Le pouls n'était pas fréquent, 76, la peau était peu chaude.

La dilatation était à peu près complète, le sommet se présentait, mais était très-élevé; au devant de la tête le doigt rencontrait un paquet assez volumineux formé par deux ou trois replis du cordon ombilical, dont les vaisseaux battaient encore; du méconium s'écoulait. Par l'auscultation on entendit les battements du cœur moins fréquents et un peu faibles; l'enfant souffrait déjà, non à cause de la longueur du travail, mais par suite de la procidence du cordon.

Après avoir endormi la mère, M. Depaul, voulant faire quelque chose dans l'intérêt du fœtus, fit une application de forceps, qui n'offrit pas de difficultés. Après trois tentatives de tractions en bas et en arrière, la tête resta aussi élevée, la résistance était très-grande. A ce moment on n'entendait plus les battements du cœur; le perce-crâne fut introduit entre les branches du forceps, qui furent ensuite serrées fortement l'une contre l'autre, et le professeur exerça des tractions énergiques, mais qui n'amenèrent aucun résultat. Le forceps fut alors retiré; la tête ayant été fixée, le céphalotribe fut introduit, et après quelques tractions modérées, M. Depaul termina l'accouchement à deux heures et demie du soir. La durée totale du travail avait été de douze heures et demie. — Délivrance naturelle.

12 janvier. État général très-bon. Pouls, 76 puls. Peau un peu chaude. Ventre souple; sans points douloureux, pas de difficultés pour uriner.

Le 13. L'état général continue d'être satisfaisant. Pouls à 76. Pas de douleurs abdominales.

Le 14. Les lochies paraissent plus abondantes que les premiers jours. Gonflement des seins. Pas de douleurs de ventre. La rétraction utérine se fait normalement.

Du 15 au 20 janvier les suites de couches ont été tout à fait naturelles, l'écoulement lochial est seulement plus abondant que d'habitude. Pas de fièvre.

Cette femme s'en va le 20 janvier sans avoir éprouvé aucun de ces accidents que l'on observe si souvent à la Clinique chez celles qui ont subi en

ville des tentatives d'accouchement de la part de sages-femmes ou de médecins inexpérimentés. Il n'est pas étonnant, comme le dit M. Depaul, que les femmes ainsi traitées éprouvent des phénomènes inflammatoires qui amènent souvent la mort. Ce fait démontre avec beaucoup d'autres qui se passent journellement à la Clinique, que quand la difficulté est reconnue de bonne heure et qu'on s'est abstenu de manœuvres violentes et intempestives, les femmes qu'on conduit à temps dans cet hôpital ont de grandes chances de se rétablir aussi facilement qu'à la suite d'un accouchement spontané.

Thrombus de la lèvre gauche de la vulve. — Rupture partielle de la tumeur sanguine au moment de l'accouchement. — Hémorrhagie consécutive. — Par M. Robuchon, médecin aide-major, chargé d'assurer le service médical de la colonie de Palestro.

Nous avons reproduit, d'après la *Gazette des Hôpitaux*, dans notre numéro de septembre dernier, un cas de thrombus de la vulve qui avait été observé par M. le Dr Bailly. Voici maintenant un autre exemple de la même affection qui est adressé d'Algérie à M. Bailly et que ce dernier a fait également imprimer dans la *Gazette des Hôpitaux*, en faisant précéder cette observation de quelques notes que nous nous empressons de reproduire.

A l'occasion du cas de thrombus de la vulve que j'ai fait connaître l'année dernière dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. le Dr Robuchon, médecin aide-major ou 137^e de ligne, nous adresse la relation d'un fait analogue mais plus grave de la même lésion, observé par lui quelque temps auparavant. L'enseignement qui se dégage de ce fait important apparaît si clairement que tout commentaire à ce sujet devient superflu. On ne peut que féliciter notre confrère de l'habileté avec laquelle il a su remplir les conditions multiples et parfois délicates auxquelles ce fait a donné lieu. Sa thérapeutique, qu'un brillant succès a couronnée, peut servir de modèle pour la conduite à tenir dans les cas analogues.

Dr Em. BAILLY,
agrégé libre.

OBSERVATION. — M^{me} B..., âgée de 20 ans, originaire de l'Alsace et domiciliée à Palestro depuis quinze mois, est douée d'une constitution robuste. Elle a bien eu de loin en loin quelques atteintes de fièvre paludéenne, mais sans retentissement notable sur la santé générale. Elle n'accuse, comme antécédents pathologiques, qu'un avortement dans les trois premiers mois d'une première grossesse, sans suites graves. La seconde grossesse évolue assez régulièrement jusqu'au septième mois, époque à laquelle la parturiente est

prise d'accès intermittents qui se renouvellent régulièrement tous les deux jours et finissent par inquiéter sa famille qui réclame mes soins.

Pour la première fois je visite M^{me} B... vers les derniers jours de juin 1874. Rien ne me fait craindre un état d'anémie qui viendrait contrarier un accouchement assez prochain. Le sulfate de quinine ne me rend que difficilement maître de l'infection palustre; et bien que l'affaiblissement de la malade n'ait rien d'excessif, je conseille son transfert à Alger. La famille ne veut pas se soumettre à ce déplacement, et les accès se perpétuent jusqu'au jour de l'accouchement.

Le 20 juillet au matin, M^{me} B..., dont l'appréhension vient d'être accrue par l'accouchement laborieux d'une voisine, croit ressentir les premières douleurs, bien qu'à son calcul elle ne soit encore qu'à la fin du huitième mois.

Retenu par mes occupations, je n'arrive que vers les trois heures du soir. La jeune femme, couchée dans son lit, se plaint beaucoup. Le toucher vaginal, immédiatement pratiqué, m'indique que l'accouchement est imminent. La dilatation du col de la matrice atteint déjà les dimensions d'une pièce de deux francs, l'enfant se présente par la tête, en position occipito-iliaque gauche antérieure; les intervalles entre chaque douleur diminuent de plus en plus.

Au second toucher, trente à trente-cinq minutes plus tard, dilatation complète du col, et proéminence de la tête fœtale dans le vagin. J'ai peine à calmer M^{me} B..., qui perdant patience veut être accouchée au plus vite. Mes efforts tendent à éviter des déchirures de la vulve et du périnée.

A 3 heures 40 minutes, à la suite d'une contraction beaucoup plus intense que les précédentes, rupture de la poche des eaux, puis immédiatement expulsion du fœtus, dont la tête n'a pas séjourné un seul instant à la vulve.

La délivrance spontanée se fait attendre une heure. A ce moment, apparition d'une tumeur qui se développe à vue d'œil et provoque les plaintes de l'accouchée. Siégeant dans la grande lèvre gauche de la vulve, elle est pyriforme, de couleur violacée, et ses limites ne dépassent pas celles de la lèvre, dont elle refoule fortement la face interne vers le canal vaginal, qui se trouve au bout de quelques minutes notablement dévié à droite. Cette tumeur sanguine semble se vider pour se remplir aussitôt. Il s'enécoule continuellement du sang, mais goutte à goutte.

L'accouchée, qui voudrait prendre un peu de repos, en est empêchée par une douleur continue, due sans doute à la tension des parties par l'épanchement sanguin.

Je pratique avec beaucoup de précaution le toucher vaginal pour constater si le sang épanché dans la grande lèvre a envahi tout le tissu cellulaire avoisinant les parois du vagin dans toute sa hauteur. J'acquiesce la conviction que l'épanchement limité à la grande lèvre gauche, n'a pas de tendance à fuser aux environs, puisqu'il trouve une issue au dehors, à la faveur d'une ouverture très-petite, située à la face externe de la tumeur.

Sans nul doute la rupture a suivi de très-près le développement de la tumeur sanguine. Il faut la mettre sur le compte de la distension trop rapide

et non successive des parties constituant la vulve, lors du passage trop brusque du fœtus. En face d'un accident aussi inattendu, j'insiste près des parents et finis par apprendre que, dans les dernières semaines de la grossesse, la jeune femme s'est aperçue, à plusieurs reprises, d'un gonflement quelque peu douloureux de la partie et qu'on attribuait à un *échauffement*.

Il m'est alors facile de distinguer un *thrombus de la grande lèvre gauche consécutif à des varices de la vulve*.

Je recommande le repos le plus absolu. Des compresses froides sont appliquées sur la vulve et à la racine des cuisses. J'engage la famille à surveiller de très-près l'écoulement de sang, qui se fait toujours goutte à goutte, mais sans discontinuer.

Tout va bien du côté de l'utérus qui revient sur lui-même. L'écoulement de sang provenant de sa cavité a été insignifiant.

L'enfant, qui est en avance d'une vingtaine de jours, est très-débile et se refuse à prendre le sein.

Je quitte l'accouchée sur les sept heures du soir, encore peu rassuré au point de vue de l'hémorrhagie veineuse. Les caillots déjà formés ne sont pas assez forts pour opposer un obstacle à la sortie du sang des vaisseaux rompus.

Je reviens vers dix heures du soir et constate, à l'examen des linges placés sous le bassin, que l'écoulement sanguin s'est presque complètement arrêté. La tumeur est devenue beaucoup plus dure, sans avoir augmenté de volume. Le pouls de l'accouchée n'a rien d'inquiétant, car la perte du sang ne dépasse pas encore ce qu'elle est dans un accouchement normal. Seulement, M^{me} B... semble très-affectée de cette tumeur douloureuse dont elle ne peut s'expliquer la cause. Avant de me retirer, je recommande de surveiller attentivement l'accouchée qui vient de s'endormir. Dans le cas où l'écoulement reparaitrait, on devra me faire appeler.

Le lendemain matin (2 juillet), à ma première visite, je suis frappé de l'état de faiblesse extrême dans lequel je trouve M^{me} B..., tout à fait indifférente à ce qui l'entoure, et dont le pouls est filiforme. J'en trouve l'explication en examinant le lit dont le matelas et la paillasse sont imbibés de sang.

L'hémorrhagie veineuse a reparu lente, mais continue, et ne s'est arrêtée que par sa force même. Les parents, n'ayant pas suivi à la lettre mes recommandations, n'ont pas assez surveillé les parties sexuelles, dans la crainte, me disaient-ils, de déranger la malade endormie. Il en résulte un état général des plus graves, que je combats par les stimulants (bouillons, vin coupé d'eau et cordiaux). Sueurs profuses et plusieurs syncopes dans la journée.

L'état local est satisfaisant : le globe utérin revient toujours sur lui-même ; le ventre n'est pas douloureux ; la tumeur est encore plus dure que la veille au soir. Je fais continuer les applications d'eau froide.

A la visite du soir, la malade qui sort un peu de sa torpeur, me fait comprendre qu'elle n'a pas encore uriné depuis la veille au matin. Le cathétérisme immédiatement pratiqué donne environ un litre d'une urine fortement ammoniacale.

L'enfant continue à refuser le sein ; je lui fais donner du lait de vache coupé de deux tiers d'orge.

Le 22, légère amélioration dans l'état général de la malade ; mais mon attention est attirée par une forte odeur de sang putréfié du côté de la vulve. Dès le soir, l'ouverture de la tumeur ayant cédé d'elle-même jusqu'à mettre complètement à découvert la masse sanguine, je commence à énucléer avec le doigt les caillots.

La nuit du 22 au 23 est des plus mauvaises. La malade a eu des frissons, je la trouve le matin couverte de sueurs et très-abattue. Le poulx, toujours filiforme, est plus précipité. L'examen de la vulve me montre toute la paroi interne de la tumeur comme mortifiée. Je l'excise immédiatement et achève l'énucléation commencée la veille. Léger écoulement de sang que j'arrête par une injection au perchlorure de fer et le tamponnement de la cavité. Des lotions désinfectantes dont on imbibe les compresses appliquées sur la vulve sont fréquemment renouvelées dans la journée du 23. 30 grammes d'huile de ricin sont également administrés à la malade qui, constipée depuis trois jours, va plusieurs fois à la selle dans la soirée.

J'ajoute au bouillon et aux cordiaux une potion d'alcoolature d'aconit (4 grammes), et je prescris 1 gramme 50 de sulfate de quinine à prendre dans la journée.

Le 24, même état que la veille : fièvre continue, sueurs profuses, sentiment de vertige, un peu de gêne dans la respiration, qui est saccadée, pas le moindre délire. La rétention d'urine, qui continue, exige un cathétérisme répété matin et soir.

Il y a du mieux du côté de la plaie qui se nettoie. Je remplace l'injection au perchlorure de fer par une solution au centième de permanganate de potasse. Des injections vaginales sont faites matin et soir concurremment aux injections dans la plaie veineuse. Je recommande toujours la plus grande propreté de la vulve ; et le pansement de la plaie consiste en boulettes de charpie imbibées de la solution de permanganate de potasse.

Même traitement interne que la veille.

Le 25. La nuit a été plus calme. La malade s'effraye d'une éruption miliaire, apparue la veille au soir. Réaction fébrile moins vive, mais toujours poulx misérable.

J'ajoute au traitement interne déjà institué une potion de quinquina (4 grammes) légèrement alcoolisée. On donne du lait le matin et du vin chaud étendu d'eau le soir, avec quelques gouttes d'alcool de cannelle.

Les mamelles très-gonflées et dures laissent écouler le lait spontanément. C'est en vain qu'on essaye de faire prendre le sein à l'enfant, qui montre une grande tendance au sommeil.

L'écoulement des lochies se fait bien, et la plaie suppure abondamment.

Le 26. La malade a été en transpiration une grande partie de la nuit. Elle éprouve une sensation de froid très-prononcée. La langue est toujours sèche et saburrale. Le poulx, relativement plus lent, est plus accéléré que la veille. État du ventre excellent. On continue le même pansement de la plaie. Je supprime le sulfate de quinine, et je conserve la potion de quinquina

Comme la malade est toujours constipée, je prescris des lavements huileux et des bouillons aux herbes.

Le 27. — Nuit assez bonne, toujours un peu de moiteur à la peau; mais la langue est moins chargée et le poulx un peu plus plein. Amélioration notable du côté de la plaie qui commence à se cicatriser. Même traitement interne.

A la visite du soir (4 heures), je trouve la malade en plein accès de fièvre. Elle a eu des frissons dans la journée.

L'enfant s'est décidé à prendre le sein.

Une heure plus tard, nouveaux frissons très-pénibles pour l'accouchée.

Le 28. — État local excellent. Gerçure au sein gauche, accès de fièvre sans frisson bien prononcé dans la soirée. La malade a pris un gramme de sulfate de quinine de une à cinq heures du soir. Moins d'abattement que la veille.

Le 29. — Le mieux continue; mais la gerçure du sein gauche s'accroît. Moiteur de la peau. 80 centigrammes de sulfate de quinine sont administrés dans la journée. Même régime que les jours précédents.

A ma visite du soir, je finis par décider la malade à uriner d'elle-même. Bien que je fusse persuadé depuis trois ou quatre jours que l'incontinence d'urine n'eût plus sa raison d'être, je n'avais pas cru devoir engager l'accouchée à faire des efforts qui, dans l'état d'affaiblissement où elle se trouvait, ne pouvaient aboutir que dans la position assise. Placée non sans peine sur le vase de nuit, M^{me} B... rendit quelques gouttes d'urine très-chargée. Un peu plus tard, encouragée par ces premiers efforts, elle demanda elle-même à uriner et rendit alors un demi-litre d'urine. A partir de ce moment la miction se fit spontanément. Seulement elle s'accompagna pendant plusieurs jours de frissons qui la rendaient pénible.

Le sulfate de quinine ne parvient pas encore à triompher de la réaction fébrile, accentuée surtout le soir. La peau est continuellement en moiteur.

Le 30. — Je commence à administrer la liqueur arsenicale de Boudin à la dose de 2 milligrammes par jour. Je prescris également du vin de quinquina ferrugineux. Le sulfate de quinine est supprimé ainsi que la potion de quinquina.

Le 31. — Encore un peu de dépression physique, mais moins de fièvre dans la soirée. La malade ne se plaint que des douleurs qu'elle éprouve en urinant. L'examen des urines me laisse soupçonner l'existence d'une cystite consécutive à la rétention d'urine. Je prescris un bain de siège à 20 degrés dans l'après-midi.

Le 1^{er} août. — Je pratique le toucher vaginal, qui n'est pas douloureux, et constate que tout suit une marche régulière du côté de l'utérus, dont le col, encore effacé, n'est nullement entr'ouvert. Un bain de siège comme la veille. Même traitement interne.

Le 2. — La malade se sent mieux. Elle est assise sur son lit et donne le sein à son enfant, sans avoir besoin d'être aidée. La plaie de la grande lèvre est réduite au quart de son étendue primitive.

Le 3. — L'amélioration s'accroît de plus en plus. Tout écoulement lo-

chial a cessé, et la plaie ne suppure presque plus. On continue le même traitement. Je permets la viande de poulet et les œufs à la malade, qui parle déjà de quitter son lit. La miction, moins fréquente, devient également moins douloureuse. La fièvre du lait a disparu depuis quelques jours ; mais régulièrement entre cinq et six heures survient une syncope de quelques minutes. Je porte à 3 milligrammes la dose de la solution arsenicale.

Le 3. — Violent accès de fièvre à midi, qui dure jusqu'à cinq heures du soir. L'écoulement des lochies a reparu ; elles sont légèrement colorées par du sang. Le sein gauche est douloureux.

Le lendemain (6 août), les accidents inflammatoires du côté du sein se sont amendés sous l'influence des topiques émollients et à la faveur d'un purgatif salin. La dose de liqueur de Boudin est portée à 4 milligrammes.

A partir de ce jour la malade va de mieux en mieux. Elle commence à quitter le lit le 10 août. On lui permet des promenades le 15, époque à laquelle la convalescence s'affirme et se maintient.

A la date du 5 septembre, je quittai Palestro pour rentrer en France. M^{me} B..., qui n'a pas cessé de prendre du vin de quinquina ferrugineux et la liqueur de Boudin, est complètement guérie, et n'ayant plus eu d'accès de fièvre intermittente, peut donner elle-même tous ses soins à son enfant, qui, débile dans les premières semaines, se ressent maintenant de la bonne santé de sa mère.

Développement concomitant d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine.

Le Dr John T. Hodgson rapporte (*St.-Louis medical and Surgical Journal*), l'observation d'une femme de bonne constitution, âgée de 27 ans, chez laquelle les premiers symptômes de la grossesse furent accompagnés du développement d'une tumeur, située dans le bassin, sur le côté gauche de l'utérus. Cette tumeur présentait en outre une certaine sensibilité. Elle se développa en même temps que la matrice. Pendant deux mois, la malade éprouva de grandes douleurs dans la région pelvienne, accompagnées de nausées, de vomissements, et d'une extrême faiblesse générale. Au bout de ce temps, la tumeur et l'utérus s'élevaient au-dessus du bassin et l'on pouvait suivre les contours de la partie développée sur le côté droit, qui se continuaient manifestement avec le col de la matrice, tandis que la tumeur située à gauche, quoique étroitement pressée contre l'utérus, en était cependant distincte. Cette tumeur cessa d'augmenter, et graduellement diminua de volume, mais resta sensible à la pression, et, après un mois ou deux, présenta quelques irrégularités dans sa forme, ce qui n'avait pas été observé jusqu'alors. Au terme régulier, cette femme accoucha d'un enfant vivant et bien portant, et la tumeur, qui avait diminué jusqu'à ce moment, ne présentait plus guère que le volume d'un citron. Un an après, elle avait à peu près le même volume, avec quelques irrégularités offrant une légère sensibilité à la pression, se mouvant librement en dehors de l'utérus, placée dans le bassin, plus haut que cet organe et le repoussant à droite. Ce cas fut con-

sideré comme un exemple de grossesse tubaire, dans laquelle le sac s'était rompu vers le cinquième mois, sans déterminer une trop grande hémorrhagie. Le fœtus mourut, et une péritonite partielle fut la conséquence de cette rupture.

Un cas de présentation et d'engagement du ventre dans un accouchement à terme, par le Dr Ollivier (de Vence).

X..., habitant la commune de Montregard (Haute-Loire) me fait appeler, le 22 septembre, pour sa femme, qui est en douleur depuis environ trente heures.

La malade, âgée de 34 ans environ, a eu déjà plusieurs accouchements qui n'ont rien présenté de particulier. La grossesse actuelle a été bonne. M^{me} X... s'est toujours bien portée et est arrivée à terme sans accidents.

Les douleurs ont commencé il y a environ trente heures. Vers la vingtième heure, elles ont été très-fortes, puis elles sont allées en diminuant, et, au moment où j'arrive, elles sont insignifiantes, mais encore assez pénibles. Une petite quantité de liquide amniotique a été rendue.

Je trouve la femme debout et se promenant dans sa chambre, ainsi que le font les femmes de nos contrées pour activer la douleur. Elle est encore forte quoique fatiguée, et me demande à grands cris de la délivrer.

Au toucher, je sens une tumeur étalée dans l'excavation du bassin, pouvant être circonscrite par le doigt, lisse, élastique et rénitente. En arrière, on touche un rebord osseux, arrondi. et rappelant un peu les os de la tête d'un fœtus.

Étonné de cette présentation anormale, je fais coucher la femme, et alors je constate, en entr'ouvrant les lèvres, à environ 2 centimètres de l'orifice vulvaire, une tumeur blanche, lisse, sans la moindre aspérité. J'avoue que mon étonnement fut grand et mon diagnostic incertain. Cependant, me rappelant la couleur blanchâtre de la dure-mère et croyant retrouver en arrière les os du crâne, j'arrivai par exclusion à penser que j'avais affaire à un encéphalocèle. Cependant, mes doutes persistant, je fis appeler en consultation mon excellent collègue et ami le Dr de Besse (de Montfaucon).

Après avoir examiné attentivement la malade, il se rangea de mon avis, et en conséquence me conseilla une application de forceps, qui fut infructueuse. Nous essayâmes alors la version, mais il nous fut impossible de passer la main entre la tumeur engagée et les parois du bassin. Nous arrivions jusqu'au détroit supérieur sans pouvoir le dépasser. Nous abandonnons alors la version pour faire ce que nous avons cru d'abord être une craniotomie.

Les lèvres de la vulve sont écartées par des aides, et avec un bistouri courbe j'incisai la tumeur. La première incision nous fit apercevoir de petits pelotons arrondis qui nous semblent être de la substance cérébrale. J'agrandis l'incision, et, à mon grand étonnement, nous voyons sortir les intestins du fœtus : nous étions en présence d'une présentation par le ventre.

Le diagnostic était éclairé, mais toute difficulté n'était pas levée. En effet, l'enfant était trop engagé dans la cavité du bassin pour pouvoir tenter une version, et nous n'avions pas de prise sur lui. Je vidai alors une partie de la cavité abdominale. Je sortis ainsi le foie et les intestins. Je pus me faire un peu de place; ce qui me permit, après plusieurs essais, de passer la main entre les parois du bassin et la partie postérieure du fœtus. Vers le milieu du dos, je sentis une saillie suivie d'une dépression. J'espérai trouver à ce niveau un point d'appui, et, en effet, je parvins à loger le crochet mousse de mon forceps au niveau de la dépression. Je priai alors le Dr de Besse de tirer sur le crochet, pendant que je le maintenais solidement appliqué. Après des tractions énergiques, l'enfant finit par arriver plié en deux. Nous dégagâmes les pieds, et la tête sortit facilement. Disons tout de suite que le résultat fut des plus heureux. Dix jours après, la femme était entièrement rétablie.

A l'examen de l'enfant, nous reconnûmes les particularités suivantes :

1° Le centre de la tumeur, et par conséquent de l'incision que nous avions faite, correspondait à la fosse iliaque droite, un peu plus bas que le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'enfant devait donc être placé, dans l'utérus de la mère, dans la position suivante : le dos en arrière et à gauche ainsi que la tête, les jambes et le bassin à droite. Le tronc complètement plié en deux et formant un angle aigu, à sommet dirigé en bas et engagé dans le bassin. Au niveau de la fosse iliaque droite, il n'y avait pas traces de tumeur sanguine. La peau était partout blanche et lisse.

2° Le crochet du forceps était implanté au milieu du dos. A ce niveau, il y avait une large plaie, et la colonne vertébrale était complètement luxée, de telle façon que la partie supérieure du fœtus pouvait s'appliquer sur la partie inférieure. Il est probable que les efforts seuls de la nature pour opérer l'accouchement avaient produit une luxation de la colonne vertébrale en avant, et que le crochet de mon forceps n'avait fait que perforer la peau et agrandir l'ouverture.

(Lyon médical.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 6 janvier 1875.

Môle hydatiforme.

Le Dr John Williams rapporte l'observation suivante :

C. D..., Agée de 30 ans, mariée depuis deux ans, n'ayant jamais été enceinte auparavant; éprouvant de la dysménorrhée avant son mariage, et

depuis rejetant des caillots à chaque époque menstruelle; ses dernières règles eurent lieu le 28 juin 1874; elle eut des vomissements le matin et quelquefois elle éprouva le même phénomène après le repas. Dans le mois d'août, elle garda un malade et dut fréquemment s'employer elle-même pour le lever. Ainsi fit-elle le 17 de ce mois, et après ce jour les vomissements revinrent plus douloureux, et les pieds jusqu'aux malléoles enflèrent; l'œdème s'étendit graduellement en remontant et envahit le bas-ventre et les grandes lèvres qui étaient énormément enflées. Il n'y eut pas d'œdème de la face ni des membres supérieurs. L'abdomen se développa d'une façon symétrique. On trouvait une tumeur présentant les caractères d'un utérus distendu, tumeur souple, élastique, mais non fluctuante. On n'entendait pas les battements du cœur fœtal, mais on percevait un bruit placentaire (1) un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic.

Par le vagin, on pouvait sentir la tumeur remplissant le bassin; le col utérin élevé, incliné en avant près du pubis, et n'ayant pas les caractères de la grossesse. La tumeur était un peu molle comme si elle contenait un liquide, et un petit développement triangulaire remplissait la concavité du sacrum. Ces signes, pris dans leur ensemble, avaient les caractères d'un utérus gravide en rétroversion. Les seins avaient augmenté de volume et les aréoles étaient plus foncées que d'habitude, sans cependant avoir les caractères de la grossesse. Dans la nuit du 10 novembre le travail se déclara et elle expulsa le matin suivant une môle hydatiforme, consistant en une poche rompue, qui avait la forme de l'utérus et qui contenait les vésicules qui constituent la môle. Cette poche était évidemment formée par la caduque et avait environ un quart de pouce d'épaisseur. Dans un point, elle était épaisse et charnue; cependant à la coupe, en ce point, on trouvait un grand nombre de kystes. Cette portion fibreuse, épaisse, n'était autre, sans doute, que le placenta imparfaitement formé. Une petite hémorrhagie survint seule quelques jours avant le début du travail, et une hémorrhagie abondante eut lieu pendant le travail, due au *placenta prævia*.

Cecac est extrêmement intéressant, parce que la caduque fut expulsée presque en entier, et qu'ainsi le mode d'attache des vésicules à cette membrane peut être remarqué. Elles étaient disposées comme des perles sur un fil, lequel fil était fixé à la face interne de la caduque. Ce fait corrobore cette opinion que les môles hydatiformes sont formées par la dégénérescence des villosités du chorion, et dans ce cas la dégénérescence a commencé probablement peu de temps après la formation du placenta.

Le Dr ROURN demande s'il n'y a pas eu des écoulements intermittents d'eau et de sang, ce à quoi le Dr WILLIAMS répond qu'il n'y eut aucun écoulement sanguin avant l'entrée de la femme à l'hôpital.

(1) Souffle utérin, trad.

Ascite du fœtus.

Le D^r J. Ashburton Thompson présente un exemple de cette affection. La tête se présentait, et comme le travail ne progressait que lentement, le forceps fut appliqué et la tête fut extraite, mais, comme on s'en aperçut ensuite, il y eut des lacérations des tissus du cou. Les bras furent ensuite amenés à l'extérieur, mais l'accouchement ne put être complété. S'étant alors absenté pour requérir l'assistance de son confrère le D^r Brunton, pendant ce temps, deux contractions extrêmement énergiques expulsèrent le fœtus.

Il y a dans ce cas deux points intéressants : 1^o combien il est fréquent d'observer, dans un utérus qui a été extrêmement distendu, une faible puissance expulsive ; 2^o la pression exercée de bas en haut sur l'abdomen peut en diminuer le volume, en forçant une partie du liquide de passer dans le thorax ; mais les tractions déterminent une pression en sens contraire, de telle sorte que le volume de l'abdomen est augmenté dans sa partie inférieure, et que le liquide ne peut plus s'étaler dans la totalité de cette cavité.

Le D^r BARNES demande si le tissu placentaire était aussi décoloré et friable qu'il paraît en ce moment.

Le D^r THOMPSON répond qu'il était dans cet état.

Le D^r J. WILLIAMS fait observer que cette pièce devrait être examinée, car elle n'est pas commune, et qu'elle présente un grand intérêt.

Le PRÉSIDENT nomme le D^r Williams et le D^r HAGGS pour examiner cette pièce, conjointement avec le D^r Thompson.

Sur un moyen de prévenir les abcès mammaires par le repos.

Le D^r Bathurst Woodman lit sur ce sujet un mémoire ainsi résumé :

L'auteur a été frappé de la rareté des abcès mammaires chez les animaux, malgré la suppression de l'allaitement, comme chez les chats et les chiens, dont on noie les petits, comme chez les vaches, les juments et les autres animaux que l'on conduit au marché ou qui, pour d'autres raisons, sont séparés de leurs petits. Et cependant, dans ces deux dernières espèces, les tétines sont considérablement développées. — D'après cette observation, l'auteur, en pareil cas, s'abstient de toutes ces manipulations, de ces frictions dont le résultat est douteux, mais qu'on prône dans le monde et qui sont depuis si longtemps

en usage, et il retire de ce repos les meilleurs résultats. Quand un abcès menace de se déclarer, au lieu d'avoir recours aux liniments, il recommande de garder le repos le plus parfait, d'éviter toutes frictions, les manipulations violentes et de donner à téter pendant quelque temps, si c'est possible, des deux seins ou tout au moins de celui qui est le plus compromis. La position horizontale, des applications, faites avec soin, d'une couche de colle de poisson, ou de savon, ou d'un emplâtre plombique, ou un coussin à air avec une ouverture au centre, ou un bandage qui vient s'appuyer sur l'épaule opposée, sont les seules choses qu'il emploie. A ces moyens il ajoute les préparations d'opium, de belladone, de chloroforme, appliquées sur des compresses, ou bien la glace, une chaleur humide ou des sangsues. La congestion locale étant traitée par des diaphorétiques, des diurétiques et des apéritifs, la belladone, l'iodure de potassium et des sédatifs sont employés si cela est nécessaire. L'auteur donne ensuite des observations qui démontrent tous les avantages de ce mode de traitement.

Le Dr BARNES fait remarquer que le principe du repos a été longtemps appliqué pour le traitement de l'inflammation du sein. Lui-même en a appris toute la valeur dans les leçons de Trousseau, quand il étudiait à Paris, il y a de cela trente ans. Ce grand médecin enseignait et démontrait, avec la plus grande ardeur, tout le bénéfice que l'on peut obtenir de cette manière de faire. Il plaçait le sein dans un repos parfait en le portant par des bandes de peau enduites d'emplâtres de Vigo, mises tout autour de lui; de cette façon, le sein était soulevé aussi haut que possible et les vaisseaux avaient un soutien constant. De telle sorte que l'œdème était prévenu et l'engorgement diminuait bien vite. Il faut remarquer, cependant, que cette forme de compression était mal supportée dans la première phase inflammatoire; elle rendait principalement service quand la suppuration s'était établie et que l'abcès était ouvert. La cavité en était vite cicatrisée. Dans le début de cet accident, il a vu les sangsues rendre de grands services. La compression alors doit être plus étroite.

Le Dr ASHBURTON THOMPSON dit qu'il y a deux modes de traitement qui ne sont pas relatés dans le Mémoire du Dr Woodman : l'administration de la teinture d'aconit et l'abstention totale de liquide pendant le nombre de jours nécessaire. En donnant une dose minime d'aconit chaque heure, il a réussi à couper court des inflammations du sein qui se seraient autrement, sans doute, terminées par suppuration. Cela lui est arrivé fréquemment et très-certainement dans 3 cas sur 4.

Dans les cas de naissance d'enfants morts il a, jusqu'à présent, trouvé que l'abstention de liquide était suffisante, dans chaque cas, pour éviter toute espèce d'engorgement de la mamelle. La glace est donnée en petite quantité, mais aucun liquide n'est permis pendant les quatre ou cinq jours qui suivent la délivrance, alors les seins ont généralement repris leur état normal de repos. Il a eu deux cas, récemment, où cette méthode de traitement a parfaitement réussi. La privation de liquide causa cependant une légère torture.

Le Dr BRAXTON-HICKS pense que la méthode du repos est établie chez nous depuis des années; les frictions sont seulement employées par les pauvres gens et les ignorants. La chirurgie, aujourd'hui, tend à l'abstention; les manipulations conduisent seulement à la suppuration et, le plus souvent, elles déterminent une stimulation exagérée qui n'a que ce résultat.

Le Dr MURRAY fait observer que les emplâtres de belladone rendent de grands services, si l'on maintient en même temps le bras fixé au côté. Dans quelques cas, de légères frictions faites de bas en haut ont produit de bons résultats.

Le Dr MATTHEWS donne son complet assentiment à la manière de voir du Dr Woodman. Il pense que dans le public cette pratique est largement suivie, car il a observé qu'il est très-commun de commencer par appliquer un large emplâtre à base de plomb (étendu sur une peau) sur le sein dans les cas où il devient nécessaire de le débarrasser du lait. Cela, par conséquent, rend les frictions et toute autre intervention impossible. Il a trouvé que deux mouchoirs larges et doux convenablement appliqués, l'un passant autour du cou et sous le sein, l'autre en sens inverse au-dessous du sein et attaché autour du corps, de telle façon que le sein soit placé entre les deux, puis en interposant un large placard de ouate, cela constitue le meilleur moyen de faire une compression.

Le Dr EGIS fait remarquer que les points principaux dont on doit se souvenir, c'est de limiter l'alimentation d'agir sur l'intestin et de maintenir le sein dans le repos le plus parfait. Il a coutume de faire mettre sur la région mammaire un emplâtre de belladone dans les vingt-quatre heures qui suivent la délivrance, ce qui détermine une pression assez forte pour arrêter la sécrétion du lait. Abstinence de liquide et une grande modération dans l'alimentation dans les quelques premiers jours; une mixture apéritive de sulfate de magnésie et d'iodure de potassium est donnée deux ou trois fois par jour pour relever

les intestins. Les épaules doivent être droites, et les bras parfaitement fixes ; la partie supérieure de la poitrine étant légèrement couverte ; les frictions et les manipulations sur les seins sont entièrement prescrites. Depuis qu'il a employé cette méthode, il n'a pas eu un seul cas d'abcès mammaire. Une lotion volatile appliquée continuellement sur les mamelles a, dans quelques cas, suffi pour prévenir la sécrétion du lait ; mais la pression obtenue par l'emplâtre rend de grands services et empêche l'emploi d'aucune friction.

Travail compliqué d'une tumeur pelvienne et de convulsion.

De Dr Henry M. Madge raconte les particularités de cette observation qui, sous bien des rapports, est semblable à deux autres cas qui sont relatés dans la « *Society's Transactions*, » vol. IV, p. 129, et vol. XIV, p. 227.

Il s'agit d'une femme âgée de 24 ans, petite et replète, primipare, qui, arrivée près du terme de sa grossesse, fit un faux pas et tomba en avant. Le travail se déclara le lendemain. Au toucher, on trouva la paroi postérieure du vagin repoussée en avant par une tumeur du volume à peu près d'une grosse orange qui semblait avoir une autre plus petite tumeur fixée sur la première. Elle était dure, mais cédait sous le doigt au toucher, sans être fluctuante. La tête fœtale était arrêtée au détroit supérieur. Plusieurs tentatives furent faites pour repousser la tumeur au-dessus du détroit supérieur, mais elles restèrent sans résultat. La version fut repoussée, parce que le liquide amniotique était expulsé. Le travail marcha lentement pendant quatre jours, quand les convulsions survinrent. Le chloroforme fut donné par M. Bailey et le long forceps fut appliqué par le Dr Wells, mais sans réussite. On eut alors recours à la craniotomie, et après de grandes difficultés, l'accouchement fut terminé. La tumeur, pendant le passage de la tête et du corps de l'enfant, s'éleva au-dessus du détroit supérieur et ne put être sentie plus longtemps. C'était probablement un fibrome fixé à la surface postérieure de l'utérus par un pédicule suffisamment long pour avoir permis à cette tumeur d'occuper la cavité du bassin. Le chloroforme agit admirablement en arrêtant les convulsions et en maintenant la femme au repos. Il n'y avait pas d'albumine dans l'urine. La malade se rétablit parfaitement.

Le Dr MURRAY demande si cette tumeur a été enlevée dans la suite.

Le Dr CUMBERBATCH s'informe sur la valeur thérapeutique que peut avoir le jus de citron dans les convulsions.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Le iniezioni ipodermiche d'acido fenico nei processi morbosi puerperali per il D^r GIUSEPPE CHIARLEONI. Milan.

Estudio sobre la fuerza y la resistencia en el trabajo del parto per el D^r GOMEZ TORRES. Grenade.

L'Istituto Ostetrico di Parma. Cenni storici del D^r GIOVANNI CALDERINI. Turin.

Illustrazione di un feto umano abortivo mostruoso, D^r GIOVANNI CALDERINI. Turin.

Intorno alcuni fatti clinici occorsi nelle'ospizio Di S'Catterina in Milano Lettera al Sig. D^r EDOARDO PORRO, per il prof. Domenico Chiara.

LUTAUD (Auguste). Du vaginisme. chez Adrien Delahaye. Paris.

ULVINIANU (Pierre). Des myômes utérins au début. Paris.

GENDRON (Fernand). Contribution à l'étude des fistules vésico-vaginales et de leur traitement (Exposé de quelques modifications instrumentales). Paris.

MILLIOT (Gustave). Complications des tumeurs fibreuses de l'utérus. Paris.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, chez Victor Masson. Paris.

NOUVELLES PUBLICATIONS CHEZ ADRIEN DELAHAYE, ÉDITEUR.

Le chloroforme dans la chirurgie des enfants, par le D^r Albert BERGERON, in-8. 2 fr.

Cébophalie avec adhérence du placenta au crâne et à la face sur un fœtus humain, par le D^r CHARVET, in-8 avec 4 planches. 4 fr. 50

Emploi du forceps pour extraire la tête du fœtus après la sortie du tronc, par le D^r Grynfeldt, agrégé de la Faculté de Montpellier, in-8. 2 fr.

Des vomissements de sang supplémentaires des règles et pathogénie des hémorrhagies supplémentaires du flux menstruel en général, par le D^r LOREY, in-8. 2 fr.

Du calcul vésical et de la lithotritie chez les enfants, par le D^r G. FOURNIER, in-8. 1 fr. 50

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE LA TEMPÉRATURE
DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

ET DES INDICATIONS CLINIQUES QU'ELLE FOURNIT

Par le Dr **Bourneville**, Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Depuis six ans, nous avons rassemblé un certain nombre d'observations sur l'*éclampsie puerpérale*, observations dans lesquelles la marche de la température a été consignée avec le plus de soin possible. Neuf d'entre elles, après avoir été communiquées à la *Société de biologie* ou publiées dans divers recueils périodiques (1), ont été réunies dans nos *Recherches cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*. En 1873, nous avons fait connaître quatre autres observations, recueillies soit par nous, soit par notre excellent ami, M. P. Budin.

A cette première série, comprenant treize faits qui concordent de tous

(1) Voyez, entre autres, la *Revue photographique des hôpitaux de Paris*, 1871.
Archives de Tocologie. — AVRIL 1875.

points et montrent que, dans l'éclampsie puerpérale, la température suit toujours une marche identique, nous pouvons en ajouter une seconde, composée de quatre cas nouveaux. De même que les cas anciens, nous les diviserons en deux catégories concernant : la première, les cas dans lesquels la terminaison a été fatale ; la seconde, ceux qui ont eu une issue heureuse.

I. Cas dans lesquels l'éclampsie puerpérale s'est terminée fatalement. — Lorsque l'éclampsie puerpérale doit aboutir à la mort, la température centrale suit une marche régulièrement ascendante. Notre première observation est un type presque parfait, à cet égard. Quant aux oscillations qui viennent parfois interrompre la régularité de cette ascension, elles sont dues, en général, à l'intervention thérapeutique. L'observation II nous fournira un exemple de cette adulation de la courbe thermométrique.

OBSERVATION I. — Éclampsie puerpérale. — Accès avant et après l'accouchement. — Température : 39,°7 à 41°,3. — Vingt accès. — Mort. (Observation communiquée par M. LAGRANGE, interne des hôpitaux.)

Ser..., 20 ans, est entrée à la Maternité, salle Sainte-Marie, n° 3 (service de M. TARNIER) le 16 février 1874. Aucun renseignement. A trois heures de l'après-midi, *accès éclamptique* : depuis lors, jusqu'au 17 février, deux heures du matin, elle a 11 accès. L'accouchement a lieu à ce moment. De 2 heures 10 minutes du matin à 9 heures, elle a trois accès. Alors, on constate les phénomènes suivants : coma, pâleur de la face ; déviation de la bouche, à gauche ; convulsions partielles de ce côté. Urines fortement albumineuses ; T. V. 39°,7. A partir de là on note :

Heures.		Accès.		T. V.
10	matin.....	15°	.....	39°,4.
11	.....	»	.....	39°,8.
Midi	.....	16°	.....	39°,8.
2	soir	17°	.....	40°,6.
3	—	18°	.....	40°,6.
5	—	19°	.....	41°,3.
6	—	20°	.....	41°,3.

La malade meurt dans cette attaque. La respiration était devenue stertoreuse à partir de midi. (Fig. 1.)

Il s'agit, dans ce cas, d'une femme chez laquelle l'éclampsie survint le 16 février à 3 heures de l'après-midi. A partir de là, jusqu'au lendemain 17 février à 2 heures du matin, elle a onze accès. L'accouchement s'opère à ce moment ; malgré cela, elle a encore trois autres accès jusqu'à 9 heures. C'est alors que, pour la première fois, on prend sa température qui est à 39°,7. Les attaques éclamptiques continuent

et la température s'élève progressivement à $41^{\circ},3$. (Fig. 1.) Nous retrouvons une courbe ascendante identique dans la seconde observation, un peu plus complète que la précédente, en ce sens que la première température a été notée à une époque plus rapprochée de l'éclampsie.

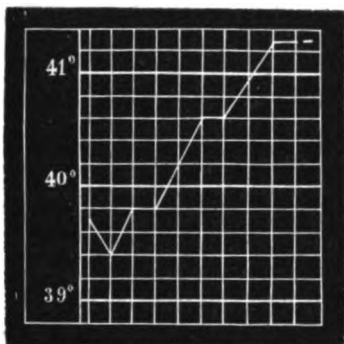


FIGURE 1. — Chaque ligne répond à une heure. — Température au moment de la mort.

OBSERVATION II. — *Eclampsie puerpérale. — Albuminurie. — Persistance des attaques après l'accouchement. — Température. — Mort. — Autopsie.* (Obs. communiquée par CH.-H. PETIT, interne des hôpitaux.)

B... (Victoire), âgée de 32 ans, domestique, est entrée le 12 janvier 1874 salle Sainte-Marguerite, n° 2 (service de M. PÉTER). Cette femme, amenée à l'hôpital sans connaissance, est enceinte de sept à huit mois. Elle avait caché son état jusqu'à présent. Malade depuis cette nuit. Au moment de l'entrée, perte complète de connaissance, contracture, teint pâle, yeux fermés, bouffissure légère de la face et œdème assez notable des jambes. Au toucher, col entr'ouvert, mou dans sa partie inférieure, qui est encore assez épaisse; orifice interne fermé; pas de perte de sang. Trois accès depuis l'entrée jusqu'à midi, le troisième violent. Immédiatement après celui-ci, saignée de 400 gr. T. vaginale avant la saignée $38^{\circ},2$. Avant que nous l'ayons quittée, la malade est reprise de quelques mouvements convulsifs aux jambes. Urines brunes se prenant en masse par l'acide nitrique; précipité albumineux abondant par la chaleur; au microscope, cylindres granuleux et quelques globules sanguins.

1 heure. Accès assez fort. T. V. $38^{\circ},4$; mouvements automatiques; la malade frotte énergiquement ses avant-bras et ses mains l'une contre l'autre et contre la paroi antérieure du ventre et de la poitrine; quelques plaintes en même temps. Col dilaté comme une pièce de 50 centimes ou un peu plus. Accès fréquents, toutes les dix minutes environ au dire des infirmières. — Lavement avec hydrate de chloral, 4 gr.

4 heures. Un accès violent devant nous; un peu de sang dans le vagin; col dilaté comme une pièce de 1 franc. Lavement rejeté presque en totalité

— 4 h. 45. T. V. 90, 36. Les accès ont continué. Un accès violent devant nous. — 5 h. Un autre accès violent. (Lavement avec 2 gr. de chloral.) Quelques caillots noirâtres à l'entrée du vagin. Morsure de la langue pendant les accès; mousse sanglante à la bouche; pouces fléchis sous les deux premiers doigts allongés.

5 h. 20. Un accès violent. — 5 h. 40. Un accès. Contracture persistante entre les accès. — 5 h. 50. Une moitié du lavement est administrée et assez bien prise. — 6 h. Un accès violent. (Quelque temps plus tard on a administré l'autre moitié du lavement.) — 6 h. 45. Un accès. — 7 h. 30. Un accès. — 7 h. 45. Un accès.

8 h. 20. Au toucher, dilatation complète; la poche se rompt spontanément sous l'influence de cette manœuvre et à ce moment un nouvel accès éclate. Quelques minutes après, la tête est expulsée. Le tronc se dégage presque aussitôt, grâce à une légère traction avec rotation. Enfant petit, ne respirant pas, mais faisant quelques mouvements; cyanose légère. Le cordon bat bien. Ligature du cordon du côté maternel; légère saignée du cordon du côté de l'enfant avant la ligature; quelques frictions et un bain sinapisé rappellent l'enfant à la vie. Écoulement assez abondant d'eau et de sang; quelques frictions rudès font revenir l'utérus qui se contractait mal, et expulsent du sang. Expression utérine; issue du placenta presque sans traction sur le cordon au bout d'une dizaine de minutes. Rétraction utérine bien franche, mais ne se maintenant à un degré convenable que grâce à de nouvelles frictions, et à l'excitation du col par les doigts qui enlèvent quelques caillots; pas d'hémorrhagie, pas de mouvements convulsifs; calme; stertor.

9 heures. L'accouchement est terminé. Surviennent aussitôt après deux accès. — 9 h. 20. T. V. 40°. Stertor. Écume sanglante à la bouche. — 10 h. Un accès. — 10 h. 1/2. T. V. 39°, 6. Un accès. — 11 h. 5. Un accès.

Le 13 janvier, minuit 35. T. V. 39°, 6. Même état comateux avec respiration stertoreuse. — 9 h. matin. Stertor; coma; pas de perte. Utérus bien revenu. T. V. 40°, 9. Face assez fortement congestionnée. Écume à la bouche. Cette nuit, attaques assez fréquentes, tous les quarts d'heure, à partir de 3 h. 1/2. (Sangsues derrière les oreilles.) — 10 h. T. V. 39°, 6; même état. — 11 h. T. V. 39°, 4. Pupilles contractées, puis, un instant après, légèrement dilatées. Respiration moins bruyante. Ouvre les yeux de temps en temps, et paraît entendre vaguement quand on l'interpelle. — 3 h., soir. T. 40°, 6. Un peu moins d'indifférence; stertor; face rouge.

Soir. Stertor très-bruyant. Face congestionnée. Les pupilles sont contractées. La malade ouvre les yeux de temps en temps et se plaint un peu. Elle n'a pas eu de nouvelles convulsions. Les membres sont légèrement contracturés. Les sangsues ont bien pris et bien saigné. La malade a pu prendre quelques cuillerées de bouillon.

4 h. 35. T. V. 41°, 2. La malade a uriné abondamment sous elle. — Vers 5 h. 1/4 la respiration redevient assez brusquement silencieuse et sa fréquence diminue (44 par minute).

6 h. 45. Respiration plus calme et presque silencieuse. T. V. 41° (?). — 8 h. 15, P. 172; T. V. 41°, 2. — 10 h. 1/2. Respiration moins fréquente et silencieuse. T. V. 41°, 5; P. 158; R. 48.

Minuit 25. T. V. 41°, 8. Yeux entr'ouverts, pupilles contractées; même

état d'ailleurs. Morte le 14 janvier vers 5 h. 1/2 du matin avec râle trachéal, sans convulsions. T. V. à 9 h., c'est-à-dire 3 h. 1/2 après la mort, 42°,4.

AUTOPSIE le 15 janvier. *Cavité abdominale.* — *Foie.* Volume normal; sur une assez grande étendue de la face concave et de la face convexe, marbrures rosées, en plaques, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt, et ne se prolongeant pas dans l'épaisseur de l'organe. Dans quelques points, au niveau du ligament coronaire et de ses deux prolongements droit et gauche, suffusions sanguines dans le tissu cellulaire. Le tissu du foie est d'un jaune pâle, avec pointillé d'un jaune plus rouge, il présente manifestement un certain degré de dégénérescence graisseuse; presque pas de sang à la coupe.

Reins. Commencement de putréfaction à leur partie antérieure; dans les autres points, tissu pâle, surtout celui de la substance corticale, qui offre une coloration jaunâtre; pas d'injection notable; un peu de sang noir seulement dans les gros vaisseaux.

Utérus. Il remonte de quatre travers de doigt environ au-dessus du pubis. Col mou, admettant facilement trois doigts sur toute sa hauteur; corps rétracté; orifice inférieur oblitéré par un caillot noirâtre assez consistant. Le corps de l'utérus, bien revenu sur lui-même, contient des caillots lamelleux, adhérents à la paroi, consistants et un peu décolorés. Insertion placentaire à la partie supérieure de la face antérieure; là, caillots plus épais, plus noirs et très-consistants; caillots dans les parties avoisinantes des sinus utérins correspondants. Poids de l'utérus débarrassé de ses annexes, 702 gr. Corps jaune du volume d'une petite lentille dans l'ovaire droit.

Cavité thoracique. Un peu de sérosité citrine dans le péricarde. Au moment où l'on détache le cœur, issue de gaz bouillonnant au milieu du sang; le cœur ne présente cependant pas trace de putréfaction. Gros caillot fibrineux décoloré dans les cavités droites, se prolongeant dans l'artère pulmonaire. Cœur gauche: endocardite mitrale ancienne; pas de rétrécissement; quelques petites suffusions sanguines sous l'endocarde ventriculaire; rien aux sigmoïdes aortiques.

Poumons. Quelques adhérences peu résistantes au sommet droit. Poumons fortement congestionnés, œdémateux et crépitant mal à leur partie antérieure et supérieure. Des deux côtés, à leur partie postérieure, splénisation et pneumonie hypostatique étendues.

Encéphale. Congestion intense de la pie-mère; dilatation de ses veines par du sang noirâtre à demi coagulé; coloration rouge sombre de cette membrane, sur une assez grande étendue des parties latérales et supérieures des hémisphères, marquée surtout du côté droit; cette coloration n'est pas due à un phénomène de déclivité, car elle existe à un degré beaucoup moins fort sur les parties postérieures du cerveau. En plusieurs points, on voit, autour des veines, quelques caillots noirâtres de petit volume en dehors des vaisseaux et sous la pie-mère. Il s'écoule fort peu de liquide céphalo-rachidien au moment où l'on enlève l'encéphale de la cavité crânienne. Pas d'état poisseux des méninges.

La *pie-mère* se détache bien des circonvolutions, et son infiltration sanguine ne s'étend pas à celle-ci, même dans les points où il y a du sang extravasé. Dans le corps strié du côté droit, deux petits foyers d'*apoplexie capillaire* du volume d'une lentille ; dans le corps strié gauche, un noyau semblable du volume d'un grain de millet. Pas de foyers sanguins nulle part. Piqueté des substances cérébrale et cérébelleuse ; injection assez marquée des vaisseaux de la protubérance et du bulbe — La *moelle* ne présente aucune lésion appréciable à l'œil nu, si ce n'est une réplétion notable des vaisseaux qui rampent à sa surface ; sa consistance est normale.

Chez cette femme, quelques heures après l'apparition de l'éclampsie, lorsque les attaques étaient encore assez éloignées les unes des autres, la température était à $38^{\circ},2$. Une saignée de 400 grammes est pratiquée et il en résulte que, à 1 heure de l'après-midi, la température ne

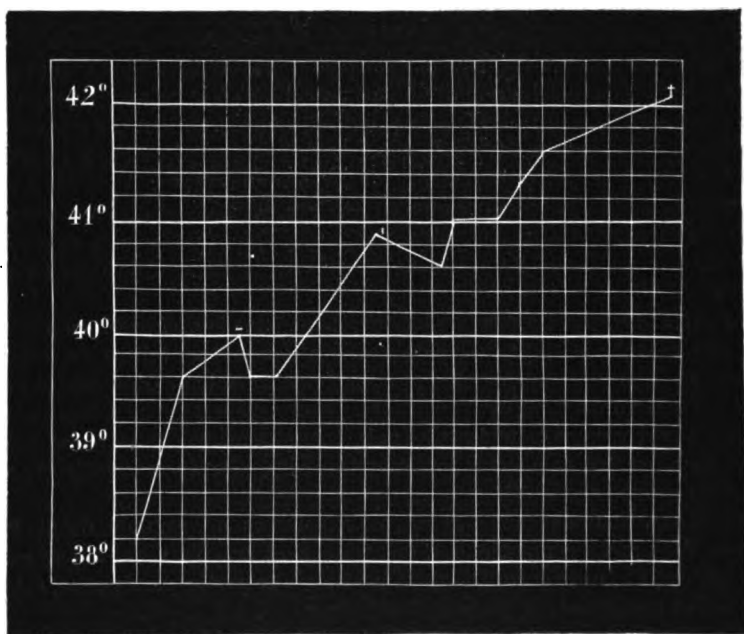


FIG. 2. — Chaque ligne verticale répond à 2 heures. — Température prise trois heures et demie après la mort.

dépassait pas $38^{\circ},4$, bien qu'il y ait eu de nouveaux accès. L'influence de la saignée cesse bientôt et à 5 heures quarante-cinq minutes la colonne mercurielle montait à $39^{\circ},6$. L'accouchement, terminé à 9 heures, ne met pas fin aux accès et la température atteint $40^{\circ},9$. Des sangsues ayant été appliquées, elle descend à $39^{\circ},6$ et $39^{\circ},4$. Mais cet amendement, pendant lequel la malade semble se réveiller, est tout à fait

passager. La température s'élève successivement à $40^{\circ},6$, $41^{\circ},2$ et $41^{\circ},8$. La malade meurt environ quarante-huit heures après le premier accès, et trois heures et demie plus tard on trouve $42^{\circ},1$. (Fig. 2.)

Ce tracé, considéré dans son ensemble, offre une similitude parfaite avec le premier. La *température terminale*, ici, a atteint un chiffre considérable; quelquefois cependant elle monte encore plus haut. C'est ainsi que chez une femme que nous avons observée, dans le service de M. Moland, à la Pitié, la température était, au moment de la mort, à $42^{\circ},6$. (Fig. 3.) Enfin, après la mort, la chaleur centrale augmente encore. Un fait, publié par Quincke, en fournit la preuve. Sa malade mourut à 9 heures quarante; à 9 heures cinquante, la température était à $42^{\circ},9$; à 10 heures et demie et à 11 heures vingt-cinq, elle atteignait $43^{\circ},1$.

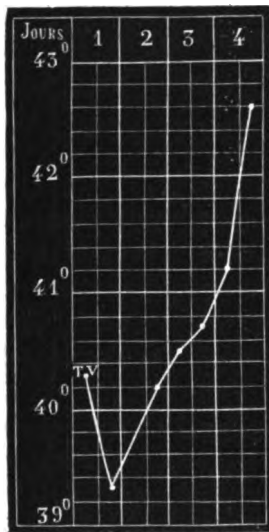


FIG. 3. — T. V., température vaginale.

II. *Cas qui se sont terminés par la guérison.* — Sous l'influence des accès d'éclampsie et du coma qui ne tarde pas à en être la conséquence, la température, nous venons de le voir, s'élève de plus en plus et arrive à un chiffre véritablement hyperpyrétique. Mais si, à un instant donné, soit spontanément, soit grâce à l'intervention thérapeutique, les accès s'éloignent et cessent en même temps que la connaissance revient, la température baisse bientôt et tout rentre dans l'ordre. Les observations III et IV mettent ce fait hors de doute.

OBSERVATION III. — *Accouchement. — Eclampsie consécutive. — Elévation de la température (39°). — Cinq accès. — Urines peu albumineuses. — Guérison.* (Obs. rec. par LAGRANGE, interne des hôpitaux.)

Gren..., 21 ans, est entrée à la Maternité, salle Sainte-Marie, n° 3 (service de M. TARNIER), où elle accouche le 13 janvier à 7 heures du matin. Presque immédiatement après la délivrance, elle a eu une première attaque d'éclampsie. A 8 heures du matin, deuxième attaque.

9 heures. Somnolence; hébétude : T. V. 38°, 2. Léger trouble dans les urines. Bromure de potassium, 4 grammes. A midi, troisième attaque; morsure de la langue. T. V. 38°, 7.

2 heures 30. Quatrième attaque. T. V. 38°, 9. — A 4 heures 30, cinquième attaque. T. V. 39°. — 6 heures : la malade présente une certaine agitation; elle n'a pas eu de nouvelle attaque. T. V. 38°, 5. Les urines, examinées de nouveau, contiennent une petite quantité d'albumine.

14 janvier. Pas d'attaque. La malade, revenue à elle, dit n'avoir jamais éprouvé de douleurs à la région des reins et n'avoir eu ni bouffissure de la face, ni œdème des extrémités. T. V. 37°, 2. — Potion avec bromure de potassium, 2 grammes. — Soir. T. V. 37°, 8.

15 janvier. L'état général excellent. T. V. 37°, 8. — Le 17 et le 18 janvier les urines sont normales. *Exeat* le 22 janvier.

L'éclampsie, chez cette femme, s'est manifestée quand l'accouchement était opéré. La première notation thermométrique (38°, 2) a été faite moins de deux heures après le début, alors que la malade n'avait eu que deux attaques. Trois autres surviennent pendant les trois heures qui suivent et la température atteint 39°. Les attaques cessent. Douze heures après la première, une heure et demie après la dernière, la température est déjà descendue à 38°, 5. Enfin, le lendemain, elle était au chiffre physiologique. La courbe thermométrique se compose donc de deux parties : une première correspondant aux accès et durant laquelle la température s'élève comme dans les cas mortels; une seconde correspondant à la disparition des accès et du coma, et durant laquelle la température redevient normale. Nous allons constater les mêmes particularités dans l'observation IV.

OBSERVATION IV. — *Primipare. — Accidents légers durant la grossesse. — Première attaque d'éclampsie suivie de cécité complète. — Seize accès. — Inhalations de chloroforme. — Accouchement par le forceps. — Enfant vivant. — Réten-tion d'urine. — Urines albumineuses. — Guérison.* (Obs. pers.)

M^{me} Des..., 28 ans, réglée à 17 ans, s'est mariée en février 1873. Sa mère, qui n'était pas nerveuse, est morte du choléra. Son père, bien portant, n'a jamais offert d'accidents nerveux, mais a fait des excès de boisson. Quant à notre malade, elle n'a pas eu d'attaques de nerfs, mais elle est très-impres-

sionnable et à la suite de contrariétés, il lui est arrivé trois fois de perdre connaissance durant une ou deux minutes. Elle est, enfin, sujette à des céphalalgies. La grossesse, parvenue à son terme, a eu une marche régulière. Pas d'œdème des jambes ni de la face; pas de troubles de la vision. Les douleurs légères qu'elle éprouvait à la région lombaire et vers les aines sont devenues plus fréquentes dans la soirée du 21 février. Néanmoins, elle a dîné comme d'habitude et s'est couchée sans rien avoir de particulier. Vers deux heures du matin, D... a une violente attaque d'éclampsie à la suite de laquelle la vue est tout à fait abolie. La sage-femme qui doit l'accoucher est appelée; en présence de la situation de sa malade, elle nous fait demander.

Nous trouvons M^{me} D... dans la situation suivante : agitation incessante; cris aigus, répétées; indifférence à tout ce qui se fait autour d'elle; face pâle, un peu bouffie; pas d'œdème des extrémités. Pupilles dilatées; *cécité absolue*. Vomissement alimentaire; une garde-robe hier. Au toucher, on constate que le col est en arrière et en haut, et qu'il ne laisse entrer que la pulpe de l'index. — P. petit, fréquent. T. V. 36°,9. — *Traitement* : Lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale; sinapismes sur les cuisses; potion avec chloral, 6 grammes, sirop et eau, 60 grammes, à prendre par cuillerées à bouche de quart d'heure en quart d'heure d'abord, puis d'heure en heure lorsque l'agitation sera calmée.

A partir de 5 heures, la malade est redevenue plus calme. Elle a recouvré un peu la vue : elle a, en effet, reconnu son beau-frère et déclaré qu'elle distinguait, quoique très-confusément, les objets. Elle s'est levée pour uriner et a rendu une assez grande quantité d'urine, semblable comme couleur à du bouillon, et qui, examinée un peu plus tard, renfermait beaucoup d'albumine.

Voyant que la malade était plus calme, on cesse de lui faire prendre sa potion. A 10 heures 30, nouvel accès, suivi de six autres jusqu'à 10 h. 50. Les accès sont très-forts : rigidité tétanique extrême, puis secousses cloniques rapides, comparables à des décharges électriques; stertor, écume sanguinolente. A peine un accès est-il fini qu'un autre commence. — P. 126; R. 28; T. V. 38°,2.

De 10 h. 50 à 11 h. 30, inhalations intermittentes de chloroforme. Il se produit quatre accès incomplets, avortés : la rigidité tétanique générale est moins intense; les secousses cloniques manquent; le stertor et la cyanose sont peu marqués. Sous l'influence d'un accès, la température s'élève de 2/10 de degré pour redescendre ensuite pendant une rémission. Le col est effacé; la dilatation égale à une pièce de 1 franc; la poche des eaux n'est pas rompue. — *Prescription* : administrer le lavement qui n'a pas été donné; à chaque menace d'accès, inhalations de chloroforme.

De 11 heures 30 à une heure de l'après-midi, la malade a eu quatre accès assez forts et cinq accès avortés. Elle est dans un état semi-comateux; les globes oculaires sont déviés en haut; les pupilles sont dilatées. P. 100; T. V. 39°,2. Le toucher montre une dilatation du col égale à une pièce de 2 francs. Pas de garde-robes. Lavement avec eau de son et sel marin. — Reprendre la potion de chloral; sinapismes.

3 heures. Agitation et plaintes augmentant à chaque douleur utérine. Pas de nouveaux accoës. P. 128; T. V. 39°,5. La poche des eaux s'est rompue spontanément il y a déjà quelque temps; la dilatation est complète, la tête est dans l'excavation. Comme le travail n'a pas avancé depuis plus d'une demi-heure; nous appliquons le forceps après avoir chloroformé la malade. L'accouchement se fait rapidement. L'enfant est vivant. Quelques minutes après : T. V. 39°,6. Délivrance à 3 heures : T. V. 39°,6 (1). Il y a encore de l'agitation. — Continuer le chloral.

6 heures du soir. L'agitation a persisté, mais il n'y a pas eu de convulsions. T. V. 39°,2.

23 février. A minuit, D... a parlé et a demandé si elle était accouchée. Après avoir été ensuite assez calme, elle a été prise d'une sorte d'agitation pour laquelle on vient nous chercher à 5 heures du matin. A notre arrivée, vers 5 heures 1/4, nous la trouvons dormant tranquillement. Une fois encore, on avait suspendu le chloral, dont elle n'a pris que 2 grammes depuis l'accouchement. P. 84; R. 22; T. V. 37°,6. Le thermomètre est resté bien appliqué pendant dix minutes.

Soir. P. 88; T. V. 37°,4. La potion a été donnée régulièrement et presque tout le temps la malade a été assoupie. Elle a bu un peu de bouillon. La cécité est complète. Rétention d'urine. Par la sonde, on retire environ un demi-litre d'urine assez épaisse et colorée.

24 février. Nuit calme. Les seins sont gonflés. T. V. 39°,3. — La malade commence à se préoccuper de ce qui lui est arrivé. Rétention d'urine; cathétérisme. — Injections vaginales avec eau de fleurs de sureau et vin aromatique.

Soir. L'intelligence revient progressivement. La physionomie est meilleure. Les pupilles sont normales. L'amaurose est toujours absolue. Une selle involontaire. La malade a uriné spontanément. Ventre un peu tendu. P. 100; T. V. 39°,3. — Cataplasmes, etc.

25 février. La nuit a été excellente. T. V. 37°,5 (fig. 4).

Soir. La montée du lait s'est bien effectuée. L'enfant tette bien. Langue un peu sèche, ce qui tient en grande partie à ce que la malade respire par la bouche; elle a pris trois potages et un peu de vin; ventre moins ballonné; une selle. Miction naturelle. L'utérus n'est pas encore revenu tout à fait sur lui-même. La vision est toujours abolie. Les urines contiennent moins d'albumine. — *Traitement* : Lotions vulvaires avec du vin aromatique; injections *ut supra*; lotions vinaigrées (face et mains); cataplasme; huile de ricin, 25 grammes; vin de quinquina.

26 février, soir. Mieux notable. Utérus normal. L'allaitement se fait convenablement. La malade commence à distinguer les objets, mais d'une ma-

(1) Nous n'insisterons pas ici sur les modifications thermométriques qui accompagnent l'accouchement et la délivrance. Nous renvoyons le lecteur aux *Notes et Observations sur la température avant et après l'accouchement, pendant la fièvre de lait et dans quelques maladies puerpérales* que nous avons publiées dans la *Revue photographique des hôpitaux de Paris* (1870 et 1871).

nière confuse. P. 84; T. V. 38°,4. — A partir de ce jour, la malade est allée de mieux en mieux, conservant cependant des symptômes d'anémie très-marqués, antérieurs à l'accouchement qui n'a donné qu'une perte de sang insignifiante, et entretenus par l'allaitement. La vision est revenue très-lentement et jusqu'à la fin d'avril, elle était encore un peu confuse. Enfin, malgré le traitement tonique qu'elle suit depuis son accouchement, D... conserve encore une grande faiblesse.

D... a eu sa première attaque le 22 février à 2 heures du matin. Vers 5 heures, la température vaginale était à 36°,9. Les attaques, suspendues jusqu'à 10 heures et demie, reparaissent et sont subintrantes. Le thermomètre marque 38°,2. Des inhalations de chloroforme arrêtent momentanément les accès ou font avorter ceux qui surviennent. Dans l'intervalle, la malade est dans un état comateux et présente des convulsions partielles. En face d'une situation aussi grave, on aurait pu croire à la nécessité de la saignée, malgré la chloro-anémie ancienne dont la malade était affectée, car la saignée est encore considérée comme l'un des meilleurs modes de traitement de l'éclampsie. Or, le thermomètre, en nous indiquant à 10 heures et demie que la température était seulement à 38°,2, bien que le pouls fût à 120, et à 1 heure que la température ne dépassait pas 39°,5 (fig. 4), nous conduisit

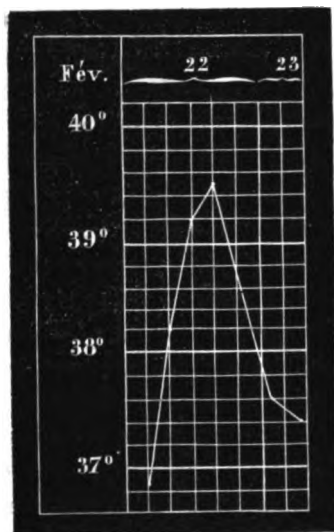


FIG. 4. — Le 22 février, chaque ligne répond à 5 heures. Le 23, la température a été prise le matin et le soir.

sinon à rejeter, tout au moins à retarder l'emploi de ce moyen. Nous devons dire, toutefois, que si la colonne mercurielle avait monté

au-dessus de 40° nous aurions fort probablement fait la saignée que réclamait instamment la sage-femme. Nous n'avons eu qu'à nous féliciter de notre temporisation, car la malade, qui a été longtemps à se remettre de tous ces accidents, aurait eu assurément une convalescence encore plus laborieuse si nous l'avions privée d'une quantité de sang même peu considérable.

Les quatre observations que nous avons relatées portent donc à dix-sept le nombre des cas d'éclampsie puerpérale dans lesquels la température a été prise d'un façon convenable. Les conclusions qui en ressortent peuvent, selon nous, se formuler ainsi :

1° *Dans l'état de mal éclamptique, la température s'élève depuis le début des attaques jusqu'à la fin ;*

2° *Dans les intervalles des accès, la température se maintient à un chiffre élevé et, au moment des convulsions, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle ;*

3° *Enfin, si l'état de mal éclamptique doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très-élevé ; — si, au contraire, les accès disparaissent et si le coma diminue ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement et revient au chiffre normal.*

Outre l'intérêt qu'offrent ces résultats en ce qui concerne les modifications de la chaleur dans l'éclampsie puerpérale, outre les indications précieuses qu'ils nous fournissent pour le pronostic et le traitement, ils ont encore une importance incontestable sous le rapport du diagnostic. En effet, la plupart des auteurs englobent sous le nom d'urémie et l'éclampsie puerpérale et les diverses variétés d'urémie. Or, des trente et un faits d'urémie proprement dite que nous possédons aujourd'hui il suit que dans l'urémie vraie, qu'elle s'observe chez l'homme ou chez la femme, qu'elle soit occasionnée par une affection des reins ou une oblitération des uretères (calculs, cancer, etc.), qu'elle revête la forme comateuse ou convulsive, la température baisse progressivement et tombe quelquefois au-dessous de 30°. Ainsi, chez une femme du service de M. Charcot qui vient de mourir d'accidents urémiques consécutifs à la compression exercée sur les uretères par un carcinome utérin, la température, en huit jours, est descendue de 38° à 32°,6 (fig. 5). De là, un contraste très-frappant entre la courbe thermométrique de l'éclampsie puerpérale et celle de l'urémie que nous résumerons dans les proportions suivantes :

Au début, on note un ABAISSEMENT de la température dans l'URÉMIE et une ÉLEVATION de la température dans l'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE; — Dans

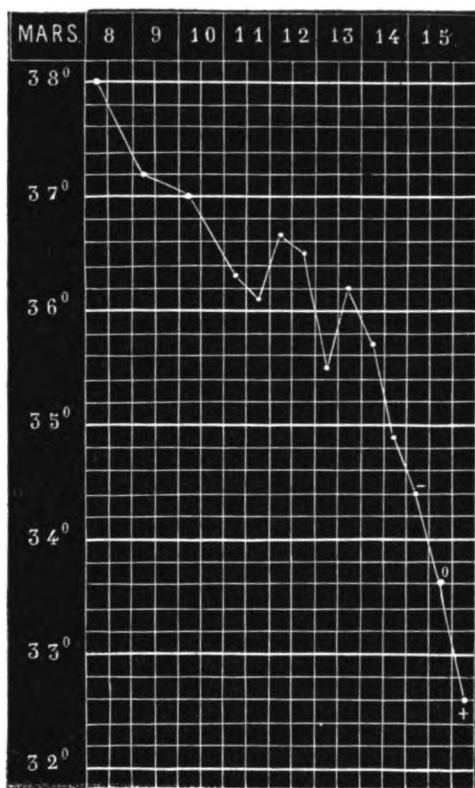


FIG. 5. — Température prise à 6 heures du matin. O. T. prise à midi.
T. prise trois heures avant la mort.

le cours de l'urémie, la température baisse progressivement, tandis que dans le cours de l'état de mal éclamptique, elle s'élève de plus en plus à partir de l'éclosion des accès, et cela avec une grande rapidité; — Ces différences s'accroissent aux approches et au moment même de la mort : dans l'urémie, la température descend très-bas, bien au-dessous du chiffre normal (38°,1); dans l'éclampsie puerpérale, elle arrive, au contraire, à un chiffre très-élevé (43°).

SUR UNE VARIÉTÉ PARTICULIÈRE DE KYSTES SÉREUX-OVARIQUES

NOTE LUE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DANS LA SÉANCE DU 10 MARS 1873

Par le Dr Panas,
Chirurgien de Lariboisière, Professeur agrégé à la Faculté.

Malgré les progrès que la chirurgie a réalisés de nos jours, dans le traitement des kystes ovariens, il n'en est pas moins vrai que bien des points restent encore à élucider. Dans un travail antérieur, communiqué à la Société de chirurgie, nous avons cherché à établir que parmi les kystes de l'ovaire, il y en a qui, par leur reproduction sur place ou leur généralisation, rentrent dans la classe des tumeurs malignes.

Aujourd'hui notre but est d'appeler l'attention de l'Académie sur une classe de kystes ovariens qui se distinguent des autres par l'extrême facilité avec laquelle on peut en obtenir la guérison à l'aide d'une simple ponction capillaire.

Déjà, l'on savait, depuis les travaux de Boinet et d'autres, que les kystes uniloculaires de l'ovaire à paroi séreuse et à contenu *dépourvu de viscosité*, pouvaient guérir par la ponction suivie d'injection iodée. Boinet est le seul qui ait appelé réellement l'attention sur le traitement d'une variété particulière et extrêmement remarquable de kystes simples, qu'il désigne sous le nom de kystes hydatiques. (Boinet. *Traité pratique des maladies de l'ovaire*, etc. Paris, 1867, p. 414.)

Voici dans quels termes il en parle :

« Sous le nom de kystes hydatiques, j'ai appelé l'attention sur une variété de kystes uniloculaires remarquables par leur contenu, qui est clair, limpide comme de l'eau de roche et en tous points semblable au liquide qu'on rencontre dans les véritables kystes hydatiques ; je n'ai point voulu dire que ces kystes étaient véritablement hydatiques ; ce qui les caractérise surtout c'est la facilité très-grande avec laquelle ils guérissent, à la suite d'une seule injection iodée. »

Il est vraiment regrettable que personne, depuis Boinet, n'ait eu l'idée de s'occuper plus à fond du traitement qui convient à cette variété très-intéressante de kystes.

Ayant eu l'occasion d'en traiter et d'en guérir *cinq*, d'une façon bien plus simple encore que par l'injection iodée, et nous trouvant en mesure de fournir des détails circonstanciés sur la *composition chimique* du liquide de ces kystes, nous venons soumettre à l'Académie le fruit de nos recherches. Notre *première* observation remonte à l'année 1869. Il s'agissait d'une dame russe, veuve et sans enfants, âgée de 34 ans, et qui deux années auparavant et sans cause appréciable avait vu grossir son ventre d'une façon assez rapide. L'exploration directe nous ayant permis de diagnostiquer un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche à contenu séreux, nous avons de suite écarté l'idée d'une ovariectomie et nous proposâmes la ponction suivie d'injection iodée, au tiers de concentration. La ponction nous permit de retirer *neuf* litres d'un liquide incolore, diaphane, ne précipitant ni par la chaleur ni par l'acide azotique, autrement dit, dépourvu d'albumine. Par l'examen microscopique on n'a pu y découvrir aucun crochet d'échinocoque.

En présence d'un cas aussi spécial et qui s'offrait à nous pour la première fois, nous avons pensé qu'il serait peut être possible de guérir la malade sans pratiquer l'injection iodée. Nous nous sentions d'autant plus enclin à mettre l'injection de côté que l'innocuité des injections iodées dans les kystes ovariens est, comme l'on sait, loin d'être absolue.

Bien nous en a pris du reste, car, quinze jours après la ponction, nous avons le plaisir de voir la malade, complètement guérie, partir pour la Russie d'où elle nous écrivait deux années plus tard qu'elle se trouvait définitivement débarrassée de son kyste.

Instruit par ce fait, nous nous sommes posé comme règle de ne plus songer en pareil cas à l'injection iodée, nous contentant désormais de la simple ponction, faite pour plus de sûreté à l'aide du petit trocart explorateur de trousse, auquel nous avons cru devoir ajouter un tube en caoutchouc dont l'autre extrémité plonge dans un réservoir contenant de l'eau.

Voici quels sont les avantages de ce procédé que nous appliquons actuellement à tous les kystes viscéraux. Grâce à la petitesse du trou on n'a pas à craindre, après l'extraction de la canule, que du liquide kystique s'épanche dans le péritoine. Cet accident serait surtout à craindre alors que les parois de la poche sont denses, lardacées, et qu'elles ont peu de tendance à revenir sur elles-mêmes.

La lenteur avec laquelle le liquide s'écoule au dehors, fait qu'il n'y a plus de sang extravasé, comme cela a lieu lorsque les parois du kyste

se trouvent brusquement soustraites à la pression à laquelle elles étaient habituées. La crainte d'une hémorrhagie interne parfois mortelle se trouve de la sorte écartée, et dans tous les cas la décomposition putride du liquide et la septicémie qui en résulte ne sont pas à craindre.

L'ajoutage d'un petit tube en caoutchouc joue, jusqu'à un certain point, le rôle d'un siphon; aussi, des liquides même épais traversent sans peine le petit trocart. Comme ce tube est d'ailleurs d'un petit calibre et que son extrémité plonge dans le vase collecteur, on a peu à craindre la pénétration de l'air dans le kyste.

Depuis que nous nous servons de ce mode de ponction pour les kystes de l'ovaire, nous n'avons jamais constaté le moindre accident, et l'on sait, qu'il n'en est pas toujours ainsi lorsqu'on fait usage de gros trocars.

Pour plus de détails sur ce sujet nous renvoyons à la thèse d'un de nos anciens internes, H. Gripat, intitulée *Du siphon vésical*. (Paris, 1873). La question du traitement des kystes s'y trouve incidemment traitée.

La seconde observation de kyste séreux s'est offerte à nous en 1872 dans notre service de l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, ponctionnée deux années auparavant par M. Tréfat à la Pitié, pour un kyste de l'ovaire.

D'après le dire de la malade le liquide retiré était jaunâtre, et l'on aurait pratiqué une injection iodée. A l'examen, nous avons constaté qu'il existait un kyste ovarique de moyenne grosseur, uniloculaire et à liquide ténu.

Nous pensions, d'après cela, qu'il s'agissait peut-être chez elle d'une récurrence du premier kyste; mais, comme la ponction faite séance tenante nous a fourni un liquide aqueux absolument transparent et incolore, force nous a été d'admettre, que nous avions affaire à un kyste nouveau, différant du premier par la nature de son contenu et susceptible de guérison par la simple ponction capillaire sans injection iodée.

- Le liquide retiré pesait sept litres.
- Quinze jours après la ponction, la malade sortait de l'hôpital. Les règles jusque-là supprimées apparurent, et huit mois plus tard la malade rentrait à Saint-Louis, enceinte de six mois.

Le kyste demeurait définitivement guéri.

Le troisième cas s'est offert à nous, en ville, dans la même année. La

femme, âgée de trente-quatre ans, s'était aperçue de son kyste dix-huit mois auparavant.

La ponction donna issue à quatre litres d'un liquide absolument séreux, mais d'une teinte brunâtre, due au mélange d'une certaine quantité de sang altéré. Aussi, ce liquide précipitait-il nettement par la chaleur et par l'acide azotique; moins abondamment toutefois que le liquide fortement albumineux contenu dans les kystes ovariens ordinaires.

Cette complication nous avait inspiré l'idée de pratiquer, cette fois au moins, une injection iodée, mais, comme au dernier moment, par un mouvement intempestif de la malade, la canule du trocart s'était déplacée et avait passé du kyste dans le péritoine, force nous a été de nous abstenir de toute injection. La malade en question a parfaitement et définitivement guéri, grâce à cette simple ponction, et la guérison fut jugée définitive par Nélaton et Boinet, qui, deux mois plus tard, avaient été consultés à cet effet. Nous venons d'avoir, il y a quelques mois, des nouvelles de cette dame, et aujourd'hui, deux années et demie après la ponction, sa santé se maintient florissante, sans que la moindre apparence de kyste se soit montrée depuis.

La quatrième observation a été recueillie dans notre service à Lariboisière en 1873. Nous allons la relater succinctement, d'autant plus qu'elle nous a fourni l'occasion de faire analyser chimiquement le liquide extrait du kyste.

Magnier (Marie), âgée de trente-sept ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marthe, pour un kyste volumineux de l'ovaire droit, dont le début remontait à six mois.

Le kyste étant jugé uniloculaire à contenu séreux, nous pratiquons le 12 mars une simple ponction qui laisse écouler douze litres d'un liquide aqueux, absolument incolore et dépourvu de toute viscosité. Malgré tout le soin qu'on a pris, la canule sort de la poche kystique vers la fin de l'opération, ce qui fait qu'une certaine quantité de liquide (peut-être 500 grammes) restait encore dans le kyste.

La malade est gardée pendant quinze jours à l'hôpital, pour voir si le kyste n'avait pas de tendance à revenir. Mais comme elle se trouvait en parfait état de santé et que le liquide restant s'était à peu près résorbé, on lui accorda la sortie, à la condition de se représenter. Le 9 mai, c'est-à-dire deux mois après l'opération, elle vint en effet se faire examiner, et l'on constata que toute trace de kyste avait disparu.

Voici maintenant la note de l'analyse chimique, telle qu'elle nous a

été remise par l'habile chimiste M. Ducom, pharmacien en chef de Lariboisière :

« Le liquide provenant d'un kyste ovarique qui m'a été confié par M. le Dr Panas présente le caractère suivant :

« 1° Il est incolore, très-fluide et dépourvu de toute viscosité.

« 2° Il ne dégage aucune odeur spéciale.

« 3° Sa densité, très-faible relativement, n'est que 1006.

« 4° Il est légèrement alcalin.

« 5° Il ne s'y forme par le refroidissement ni par le repos prolongé aucune trace de coagulum.

« 6° Chauffé jusqu'à l'ébullition, il ne se trouble pas ; mais si l'on acidule préalablement avec de l'acide acétique, il s'y forme à l'ébullition un précipité blanc floconneux ; à froid l'acide acétique n'y détermine aucun changement.

« 7° L'acide azotique versé goutte à goutte dans ce liquide donne d'abord un léger précipité blanc qui gagne le fond du verre ; ce précipité se redissout par l'agitation dans la masse du liquide ; si l'on continue l'addition de l'acide azotique, le précipité persiste, mais si divisé et si léger que le liquide reste laiteux et qu'il ne s'y forme pas de dépôt sensible.

« 8° Les acides sulfurique et chlorhydrique n'y déterminent pas de précipité.

« 9° L'acide tannique donne dans ce liquide un précipité blanc qui brunit rapidement au contact de l'air.

« 10° L'acide phénique n'y occasionne qu'un léger trouble.

« 11° L'eau chlorée donne un précipité blanc cailleboté.

« 12° Le bioxyde de cuivre à l'état naissant donne dans ce liquide une solution violette.

« 13° Le bichlorure de mercure trouble à peine le liquide ; si l'on acidule préalablement par l'acide acétique, on obtient un précipité blanc abondant.

« 14° Le sulfate de magnésie en excès donne dans la liqueur un léger trouble que l'addition de l'acide acétique ne modifie pas.

« 15° Les sels solubles de plomb et d'argent donnent dans ce liquide d'abondants précipités blancs de chlorure de plomb et d'argent.

« 16° L'alcool à 90° en excès détermine dans le liquide un précipité blanc assez dense qui se dépose nettement.

Voici maintenant l'analyse quantitative :

100 grammes du liquide évaporé à siccité laissent un résidu qui, séché à 100°, pèse 9 grammes 13 centigrammes.

Ce résidu est formé de :

Matière organique.....	3 gr. 25 c.
Matières salines.....	5 90

La matière saline est formée de :

Chlorure de sodium.....	5 gr. 40 c.
Carbonate de soude.....	0 36
Phosphates-sulfates.....	0 14
Total.....	5 gr. 90 c.

Il résulte de ces faits que le liquide analysé, très-pauvre en matières solides, renferme une petite quantité d'albumine (3 0/0), modifiée et rendue soluble par la présence d'une grande quantité de sels neutres ou alcalins (6/0).

Nous arrivons à la *cinquième* et dernière observation. On verra qu'elle ressemble tout à fait à la précédente.

Mangeot, 24 ans, mariée depuis trois ans, sans enfants, entre à Lariboisière, le 23 août 1874. Réglée à 15 ans, elle n'a jamais éprouvé depuis aucun trouble dans l'apparition de ses époques.

Il y a deux ans, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume, en même temps qu'elle devenait constipée et qu'elle était sujette à des besoins fréquents d'uriner.

La tuméfaction du ventre est considérable et occupe surtout le côté gauche. Les signes tirés du palper, de la percussion et du toucher vaginal, permettent de diagnostiquer un kyste uniloculaire, à liquide *absolument séreux*, de l'ovaire gauche.

Le 24 août, on ponctionne le kyste à gauche, ce qui permet de le vider complètement et d'en retirer *neuf litres un quart* d'un liquide absolument dépourvu de viscosité et clair comme de l'eau, quoique offrant une légère teinte opaline.

Immédiatement après la ponction, la malade urine plusieurs fois et très-abondamment. C'est là une circonstance que nous avons eu occasion de noter souvent après l'évacuation des kystes ovariens par la ponction, et qui pourrait s'expliquer par un afflux plus considérable du sang dans le système circulatoire du rein, par suite du vide que laisse après elle la disparition d'une tumeur abdominale volumineuse.

La ponction n'a été suivie du plus petit accident; aussi la malade quitte l'hôpital le 31, sans trace de reproduction du liquide kystique.

Le 12 septembre, la malade revient se faire examiner. Nous n'arrivons à sentir rien qui rappelle son ancien kyste. La santé générale est excellente. — Le 24 septembre, nouvel examen, absolument satisfaisant. Pas la moindre trace de kyste. La malade a engraisé visiblement. Le 15 octobre, la malade prend congé pour retourner chez elle entièrement guérie.

L'analyse du liquide a donné les résultats suivants, qui sont conformes à ceux obtenus par M. Ducom, dans l'observation précédente. *Couleur* claire légèrement opaline. *Saveur* salée. Densité, 1009.

Réaction alcaline faible, au papier de tournesol.

Par la chaleur, portée jusqu'à l'ébullition, le liquide devient légèrement louche, mais ne laisse de précipité, peu abondant d'ailleurs, qu'après un repos de deux jours.

Par l'alcool on obtient un précipité très-net, qui se redissout en partie après addition d'eau.

L'*acide azotique* donne également un précipité qui, étant versé sur un filtre, lavé à l'éther, à l'alcool et à l'eau-distillée, puis séché, donne 2 grammes 0,43 0/0.

Au *polarimètre*, le liquide du kyste dévie le plan de polarisation à gauche au même degré qu'une solution titrée d'albumine normale à 2 grammes 56 sur 0/0 d'eau.

Privé d'albumine et traité par une solution de *nitrate d'argent*, ce liquide donne un précipité blanc, cailleboté et très-abondant de chlorure d'argent.

Du liquide, évaporé à siccité, laisse un résidu solide qui, calciné puis oxydé et exposé à la flamme du chalumeau, donne à celle-ci une coloration jaune, réaction caractéristique du sodium.

En résumé, le liquide, examiné par l'élève du service M. Decoster, très-pauvre en *albumine* ou *paralbumine*, contenait une proportion notable de *chlorure de sodium*, sans doute aussi d'autres sels alcalins en quantité moindre, et qui n'ont pas été recherchés.

Tels sont les caractères des kystes qui font le sujet de ce travail. Il serait à désirer que nous fussions aussi avancé sur leur origine et sur leur structure anatomiques; mais, à défaut d'autopsies, nous ne pouvons faire valoir que des probabilités. En face de kystes séreux de cette nature et pouvant guérir avec une si merveilleuse facilité à l'aide d'une simple ponction capillaire, on est en droit de se demander si leur siège est réellement dans l'ovaire, ou s'il ne s'agit bien plus là de kystes extraovariques, comme ceux qu'on rencontre souvent sur le trajet de la trompe, où ils sont appendus sous la forme de petites poches hydatiformes transparentes. Une autre hypothèse consisterait à admettre que les kystes qui nous occupent prennent leur origine dans le corps de Rosenmüller, auquel cas ils seraient l'analogue des kystes spermatiques chez l'homme, dont l'évolution se fait aussi aux dépens des restes de ce même corps de Woff (*Vas aberrans*, de Haller).

D'une façon générale, les kystes *para-ovariques* acquièrent un très-petit volume (depuis la grosseur d'un grain de chènevis ou d'un pois à celle d'une cerise, et quant à ceux qui naissent particulièrement aux dépens du corps de Rosenmüller ou du *parovarium* sur lesquels Vir-

chou (1) Follin (2), Broca (3), Rokitanski (4), ont appelé l'attention, ils se montrent rarement plus volumineux. Toutefois, Broca (5) affirme que ceux-ci peuvent, par exception, prendre un plus grand accroissement; acquérir le volume d'une noisette, celui d'un œuf de poule et au-delà; se mettre au contact avec l'ovaire; contracter avec cette glande des adhérences plus ou moins intimes, et constituer ce qu'on a appelé les *kystes paro-ovariens*.

Maintenant, est-il permis d'admettre, en dehors d'autopsies venant démontrer clairement le fait, que des kystes volumineux de cinq à dix litres de liquide, comme ceux dont nous venons de tracer l'histoire, puissent reconnaître une semblable origine? C'est ce que nous ne saurions affirmer, quant à présent. Toutefois, il nous sera permis d'insister ici sur un point important de la question, à savoir : la ressemblance qui existe, au point de vue de la composition chimique du liquide, entre ces kystes et les kystes spermatiques chez l'homme.

En effet :

Tous deux sont incolores, et si le liquide spermatique chez l'homme est généralement plus louche ou opalin, on sait que cela tient à la présence d'une grande quantité de cellules spermatiques, qui, nécessairement, font défaut chez la femme;

Tous deux sont dépourvus de viscosité;

Tous deux contiennent une quantité très-notable de chlorure de sodium;

Tous deux, enfin, possèdent relativement une *petite quantité* de matière albuminoïde, qui diffère de l'albumine ordinaire dite normale. Nous avons vu que cette matière albuminoïde précipitait peu par la chaleur et l'acide azotique, et plus adondamment par l'alcool; or, c'est exactement ce qui a lieu pour la matière albuminoïde du sperme (ou spermatine) et pour le liquide des kystes spermatiques sous-épididymaires chez l'homme. Cette année même, nous avons eu l'occasion d'opérer un homme de 58 ans, porteur de deux énormes hydrocèles spermatiques, et dont la gauche, plus volumineuse, nous a fourni cinq cents grammes d'un liquide kystique rempli de spermatozoïdes.

(1) *Pathologie des tumeurs*. Paris, 1867, t. I, p. 261 et suiv.

(2) Follin, *Recherches sur le corps de Wolff*, thèse de Paris, 1850.

(3) Broca, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1852, p. 45 et 472.

(4) Rokitansky, *Lerbuch der path. Anat.* Wien., 1861, t. III, p. 434 et 442.

(5) Broca, *Traité des tumeurs*. Paris, 1869, t. II, p. 48.

Ce liquide, examiné par nous, possédait toutes les réactions chimiques signalées au sujet des kystes séreux chez la femme.

Sans vouloir rien en conclure, quant à présent, c'est là au moins un rapprochement qu'il est bon de livrer aux méditations des observateurs à venir.

CONCLUSIONS.

1° Parmi les kystes réputés ovariens, il existe une classe de kystes uniloculaires à liquide spécial, et dont le traitement est aussi simple que certain dans ses résultats.

2° Les caractères du liquide kystique sont : L'absence complète de viscosité; sa diaphanéité parfaite (à quelques exceptions près); sa pauvreté en matière protéique (albumine modifiée) et sa richesse relative en sels alcalins (principalement en chlorure de sodium).

Peu ou point précipitable par la chaleur et l'acide azotique, le liquide en question précipite par l'alcool. A cet égard, il y a analogie entre ce liquide et celui des kystes spermatiques chez l'homme, comme nous avons pu nous en convaincre par l'examen comparatif des deux liquides;

3° Nous ignorons, quant à présent, si le point de départ de ces kystes est bien réellement l'ovaire ou plutôt le *parovarium* (corps de Rosenmüller);

4° Le traitement de ces kystes est bien plus simple encore que ne l'avait enseigné Boinet, lorsqu'il préconisait la ponction suivie d'injection iodée. Une simple ponction par le trocart de trousse nous a suffi, dans tous les cas, pour obtenir, par l'évacuation complète et même partielle du liquide, une guérison définitive;

5° En procédant de la sorte, non-seulement on n'a rien à craindre, mais on évite aux malades jusqu'à la plus petite souffrance.

En un mot, le traitement de ces kystes est bien autrement facile que celui de l'hydrocèle simple ou spermatique chez l'homme, qui exige à peu près toujours l'emploi des injections caustiques ou fortement irritantes.

LEÇONS SUR L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

SES CAUSES, SA NATURE ET SON TRAITEMENT

Par le D^r M. Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (1).

« Toutes les femmes grosses atteintes d'éclampsie sont albuminuriques. » Telle est la proposition formulée par Cazeaux, confirmée par Frerichs, par un professeur de Vienne, Braun, et par tous ceux qui ont étudié l'éclampsie chez la femme grosse.

A cette proposition (et pour la plus grande gloire de certaine théorie), on a opposé cet argument : « qu'il est des femmes grosses atteintes d'éclampsie et qui ne sont pas albuminuriques. » Et l'on cite en faveur de cette opinion jusqu'à six cas, *six cas* contre des centaines de faits d'éclampsie albuminurique ! Il n'est pas douteux d'abord que cela ne soit exceptionnel, et même il n'est pas douteux que ces cas ne rentrent dans la règle, si l'on veut bien considérer qu'un très-grand nombre de femmes grosses étant albuminuriques cessent de l'être temporairement. C'est un fait qu'a vivement mis en lumière Bailly, dans le très-remarquable article *Eclampsie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Bailly fait observer, en effet, qu'il n'est pas rare de voir l'albuminurie des femmes grosses disparaître quelques heures, pour reparaitre ensuite, ce qui se conçoit parfaitement, étant connue la cause prochaine et toute matérielle de cette albuminurie, qui est une congestion, laquelle peut brusquement et à de courts intervalles diminuer ou augmenter, entraînant des modifications corrélatives dans son effet, le pissement d'albumine, ou mieux, nous le verrons bientôt, le *pisement du sérum*. Il n'est donc pas douteux que les six cas en question, invoqués pour les besoins d'une cause mauvaise, ne soient des faits qui s'expliquent tout naturellement, en ce sens que les investigations ont été faites pendant la courte période où l'urine cessait momentanément d'être albumineuse. Je reprends donc ma proposition fondamentale : « Toutes les femmes grosses atteintes d'éclampsie sont albuminuriques. »

(1) Nous croyons devoir reproduire ces leçons qui ont paru dans la *France médicale*, et qui présentent, au point de vue de la pathogénie de l'éclampsie, le plus grand intérêt.

La réciproque n'est pas vraie, « toutes les femmes grosses albuminuriques ne sont pas forcément atteintes d'éclampsie. » Et c'est vraiment un bonheur. De ce qu'il y a plus de femmes albuminuriques que de femmes éclamptiques, il s'ensuit qu'il y a plus d'albuminuries que d'éclampsies; il s'ensuit aussi que l'albuminurie est fréquente chez les femmes grosses. Maintenant, pourquoi y est-elle fréquente? Cela tient éventuellement à un fait primordial, à savoir : qu'il y a chez elle une plus grande masse de sang en circulation.

Deuxième question, très-importante au point de vue pratique (car ici nous faisons surtout de la pratique; la chimie, la physiologie, ne sont invoquées que pour les besoins de la science clinique; je dis science clinique, précise, plus précise souvent que certaines théories physico-chimiques) : *les cas d'éclampsie puerpérale sont-ils devenus plus fréquents dans ces dernières années?* Eh bien, oui, et la différence est considérable; je vais vous donner tout à l'heure des chiffres qui vous édifieront à ce sujet.

S'il y a eu une plus grande fréquence d'attaques d'éclampsie dans ces dernières années, je vous dis tout de suite : C'est à une théorie néfaste qu'on le doit; la thérapeutique des femmes grosses s'est nettement modifiée par suite d'investigations qui auraient dû rester dans le domaine physiologique, au lieu de pénétrer prématurément et de vive force dans le domaine de la thérapeutique.

Il y a plus de sang en circulation, et la preuve en est donnée par le fait de l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse, cet organe s'hypertrophiant parce qu'il lance une plus grande quantité de sang pour pourvoir à la nutrition du parasite greffé dans l'utérus. Vous savez que la circulation et la sanguification du fœtus se font sur place d'une façon indépendante, et que là où se font les vaisseaux, là où se fait le cœur, là se font des globules. Le sang peut se faire avant ou après les vaisseaux; la question n'est pas encore résolue. Quoi qu'il en soit, le fœtus fabrique à lui-même son propre sang, mais évidemment aux dépens du sang de la mère; la mère doit donc simultanément se nourrir elle-même et nourrir son fœtus.

Maintenant, ce que je veux surtout mettre en lumière, c'est le mécanisme en vertu duquel une déviation du fait physiologique va produire un fait pathologique. Il y a plus de sang en circulation, le cœur s'hypertrophie, quoi de plus normal? Et puisqu'il y a plus de sang en circulation, la femme pourra en bénéficier pour sa part; c'est dans l'ordre. En effet, beaucoup de femmes enceintes ont le teint plus vif,

les chairs plus fermes, et un embonpoint de bon aloi. Les engraisseurs de la Normandie le savent bien : lorsqu'ils destinent une vache au boucher, ils la mènent d'abord au taureau, puis, trois mois après, elle est grasse à point pour l'abattoir. Le même fait s'observe chez les femmes placées dans des conditions sociales qui leur permettent de se bien nourrir. Les anciens accoucheurs disaient qu'il y avait alors un excès de lymphes en circulation, ce qui rendait les femmes grasses et bouffies.

Mais par une simple déviation de ce fait physiologique, — plus grande masse de liquide (sang et lymphes) en circulation, — des accidents redoutables peuvent surgir vers les poumons, le foie ou les reins.

Du côté des *poumons*, il est fréquent d'observer des *étouffements*, des *hémoptysies*. Puisqu'il y a plus de sang en circulation, il y en a une plus grande quantité qui circule dans les poumons. La femme fait de l'hématose pour deux; nécessairement il doit y avoir de la pléthore pulmonaire physiologique; pour un peu, cette pléthore deviendra pathologique. Le fait physiologique se traduit par des étouffements; exagérez le fait, vous aurez des congestions, des hémoptysies. Si la femme a un cœur malade, si elle a une insuffisance mitrale par exemple, cette insuffisance détermine naturellement dans l'état de vacuité de l'utérus une congestion pulmonaire.

Cette congestion morbide, propre à la lésion cardiaque, compliquée de la congestion physiologique, déterminée par la grossesse, provoquera des attaques de bronchite capillaire et d'apoplexie pulmonaire brusquement périlleuse. J'ai démontré ce fait, qui n'avait pas encore été signalé; depuis lors, quelques accoucheurs, M. Tarnier, un de ses bons élèves, M. Budin, tout récemment encore interne de cet hôpital, ont trouvé de nombreux faits analogues.

Tous les accoucheurs ont mentionné les étouffements et même les hémoptysies de la grossesse. C'est là un fait pathologique fréquent, qui indique et modère par échappement la pléthore sanguine. C'est toujours vers le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse, alors que le fœtus devient beaucoup plus volumineux, que la masse du sang s'accroît, que les capillaires se dilatent, c'est toujours au début de cette période que les accidents se manifestent.

Ce qui est vrai du poumon est vrai du *foie* : il y a un *ictère* des femmes grosses; et qu'est cet ictère, s'il vous plaît, sinon le fait de la congestion du foie? L'ictère vient traduire, par l'exagération même

du phénomène, le fait physiologique de l'hyperémie. Cela a été démontré par les recherches de M. Tarnier. M. Tarnier, dans sa thèse inaugurale, a signalé l'état grasseux du foie chez toutes les femmes qui succombent dans l'état puerpéral ou pendant le cours de la grossesse; elles ont toutes un foie volumineux et une infiltration de matières grasses entre les cellules hépatiques. Pour moi, j'interprète ces phénomènes en disant : Le foie est un organe d'élimination des matériaux ternaires; il en élimine une très-grande quantité pendant la grossesse, parce qu'il travaille pour deux; il en est une partie qui n'est pas éliminée suffisamment vite et qui s'infiltré. Cela résulte des investigations de M. Tarnier comme de celles de M. Vulpian. Ce dernier savant, examinant au microscope les taches que l'on aperçoit sur le foie des femmes grosses, a vu qu'elles étaient formées par une infiltration de matières grasses autour de cellules hépatiques.

Mais ne croyez pas qu'il n'y ait qu'un ictère bénin, il y a un ictère *malin* des femmes grosses; il est rare, mais il a été observé. Certaines femmes ayant un ictère bénin sont prises tout à coup d'accidents qui se terminent rapidement par la mort et qui caractérisent l'ictère grave. L'ictère grave, c'est l'empoisonnement de l'organisme par l'accumulation dans le sang des matériaux de la bile non éliminés par le foie malade, empoisonnement que j'ai appelé la *typhisation cholémique*. Et ainsi j'arrive à vous parler de la *typhisation urinémiq*ue et rentre en plein dans mon sujet.

La femme grosse atteinte d'éclampsie est *urinémique*. C'est parce qu'il y a accumulation de tous les éléments de l'urine dans le sang, qu'elle est atteinte des accidents ultimes qu'on a qualifiés du nom d'éclampsie. Il y a là une perturbation considérable et très-complexe des fonctions de l'innervation, dont les phénomènes convulsifs ne sont qu'un symptôme. On a des convulsions, du coma, du délire, mais toujours avec prédominance des convulsions. Aussi me semble-t-il préférable de désigner cet ensemble de symptômes par la dénomination d'*urinémie puerpérale*.

Nous sommes arrivés de proche en proche à voir que la masse de sang augmentée produit la pléthore pulmonaire; nous avons vu que cette masse de sang produisait l'hyperémie, l'hypertrophie du foie et l'ictère grave. Voyons ce que cette même congestion produit du côté des reins.

Les reins sont des organes qui fonctionnent d'une certaine façon pendant la grossesse, par le fait de la grossesse et sous l'influence de circonstances physiologiques et de faits anatomiques dans les détails

desquels je vais entrer. Il n'est pas douteux que cette femme qui, pour les besoins de l'hématose et de l'hématopoïèse de son fœtus, faisait de l'hématose et de l'hématopoïèse hépatique pour deux, il n'est pas douteux, qu'elle ne fasse également de l'uropoïèse pour deux : ce n'est pas une vue de l'esprit, c'est la théorisation des faits.

L'analyse de l'urine démontre surabondamment que la femme grosse excrète journellement une plus grande quantité d'urée. M. Quinquaud a établi que, pendant le cours de la grossesse et par son fait, la femme, au lieu d'éliminer par vingt-quatre heures 22 ou 24 grammes d'urée, en élimine de 30 à 38 grammes. En forçant un peu les chiffres et en prenant pour moyenne physiologique le nombre de 20, vous voyez que la femme grosse élimine journellement près de *deux fois plus d'urée* que dans l'état de vacuité utérine. Si elle fait deux fois plus d'urée par vingt-quatre heures, elle doit avoir un travail excrétoire plus considérable, c'est-à-dire que plus de sang traverse le filtre rénal et qu'il y a hyperémie fonctionnelle exagérée; mais qui dit plus de sang dans l'organe dit plus de pression vasculaire; qui dit plus de pression vasculaire dit filtration possible, aveugle, insensée du sérum du sang, voire même du sang en nature, phénomène qu'on appelle exactement albuminurie, alors que c'est de la *sérumurie*, passez-moi le mot, qui est barbare, mais sans l'être plus qu'albuminurie. Il y a *sérumurie*, dis-je, non pas seulement chez la femme grosse, mais chez tous ceux qui pissent de l'albumine. On a dit : Le sang se coagule, ce qui coagule c'est du blanc d'œuf, le blanc d'œuf c'est de l'albumine; donc lorsque, faisant chauffer des urines, il y a un coagulum, ce coagulum est de l'albumine, et il y a albuminurie. On a été conduit à dire du rein : Ce rein est malade, mais il a subi une altération, une espèce de folie sécrétoire, une folie de sélection. Il va prendre dans le sérum du sang de l'albumine, c'est-à-dire qu'il va prendre précisément dans le sérum ce qui est le moins filtrable, ce qui passe le moins facilement. Le fait serait déjà assez étrange; mais pour mieux faire saisir l'étrangeté de la doctrine, je vais prendre un phénomène probant par son excès même, l'hématurie. L'hématurie, c'est le pissement du sang en nature; dans les canaux urinifères, les vaisseaux se crèvent sous l'influence d'une pression exagérée, et ce qui s'écoule c'est le sang tout entier, sérum, globules rouges et globules blancs. En appelant cela hématurie, vous ne vous trompez pas. Mais entre l'hématurie et la *sérumurie*, il n'y a qu'une différence de degrés. Dans l'urine dite albumineuse, vous avez de l'urine, plus du sérum; dans

l'hématurie légère, vous avez de l'urine, du sérum, plus quelques globules du sang. Dans le fait excessif il n'y a plus d'urine, mais simplement du sang pissé, c'est-à-dire du sérum, plus des leucocytes, plus des hématies, mais tout cela c'est le même fait, au degré près. Ainsi, la dénutrition du fœtus produisant pour sa part de l'urée, il y a plus d'urée dans le sang de la femme grosse, par suite exagération de l'uropoïèse, et par suite enfin albuminurie ou sérumurie, c'est-à-dire pissement du sérum.

Je dois ici faire une digression anatomique nécessaire. L'utérus est un organe divisé en deux parties absolument distinctes, au point de vue de la nutrition comme à celui des fonctions : je veux parler du corps et du col de l'utérus. Vous savez que les maladies du corps sont absolument indépendantes de celles du col. Le cancer de l'utérus est le cancer du col : ce cancer peut envahir de proche en proche la totalité du col de l'utérus sans envahir jamais le corps ; et même, par une singulière perversion pathologique, l'affection pourra envahir la vessie, les reins, le vagin et respecter le corps de l'utérus. Le corps a donc une vitalité absolument différente de celle du col.

Ces conditions sont dues à ce qu'il y a une circulation et une innervation absolument différentes. Le corps de l'utérus est nourri par les artères utéro-ovariennes, qui naissent très-haut de l'aorte. Le col, au contraire, est fourni par les artères utérines proprement dites, qui naissent de l'artère hypogastrique, c'est-à-dire très-bas. Pendant toute la durée de la gestation, c'est surtout le corps qui s'hypertrophie ; le col reste intact et indifférent, avec ses propriétés de sphincter, jusque près de la fin de la grossesse. Les artères utéro-ovariennes sont donc les seules qui s'hypertrophient pendant toute cette durée.

Or, les artères utéro-ovariennes naissent de l'aorte très-près des rénales, quelquefois des artères rénales elles-mêmes. Ces artères rénales sont donc sur le courant d'une masse de sang plus considérable ; elles doivent donc se dilater, d'abord parce que les reins fonctionnent davantage, ensuite parce que ces artères sont liées anatomiquement aux artères utéro-ovariennes et que le courant sanguin qui passe dans l'aorte doit passer devant les artères rénales. D'ailleurs, les reins sont liés synergiquement aux fonctions utérines, et en voici une preuve tirée de la pathologie : il est une maladie, qu'on appelle l'ectopie rénale, qui nous permet d'explorer le rein avec la main. Or, dans des cas de ce genre, le docteur Becquet a parfaitement senti qu'il y avait au commencement de la période menstruelle une augmentation du volume

du rein, une sensation de pesanteur douloureuse. Il a rattaché naturellement ce fait à la période cataméniale; il y avait une synergie fonctionnelle entre le rein et le système utéro-ovarien. Il y a donc plus qu'un rapport hydraulique, c'est un rapport fonctionnel évident. Il y a plus qu'un voisinage, qu'une communauté d'origine parfois, il y a synergie fonctionnelle entre les artères qui se distribuent à l'utérus et celles qui se distribuent aux reins. Cette synergie fonctionnelle existe donc d'une façon nécessaire; mais pour un peu elle va devenir morbide.

Je dis qu'il y a hyperémie rénale, comme il y a hyperémie utérine. Je dis que ce fait physiologique de l'hyperémie fonctionnelle peut devenir un fait pathologique: je le démontre par la présence du sérum dans l'urine. Maintenant, comment cette sérumurie, jusqu'ici presque physiologique, alors qu'elle est légère, va-t-elle devenir hautement redoutable en s'exagérant, empoisonner l'organisme et causer les attaques d'éclampsie?

On peut, à l'aide de l'examen de l'urine, juger de l'état du rein; plus le rein se porte bien; plus il y a de sérum, plus le rein est frappé d'inertie, de sorte que l'intégrité du rein est inversement proportionnelle à la quantité d'albumine contenue dans les urines. Avec le microscope vous avez des notions plus précises encore; vous arrivez à connaître très-exactement l'état du rein, au moyen de la présence d'épithéliums, de cylindres granuleux, de cylindres hyalins; ces derniers démontrent que dans les points où cette desquamation se fait, le rein est absolument perdu pour la sécrétion urinaire; il n'est plus et ne peut plus être qu'un organe passif, au travers duquel le sérum filtre alors comme au travers d'un filtre de papier.

Donc, chez la femme grosse, vous devez chercher s'il y a du sérum dans les urines; s'il y en a, vous devez examiner l'état fonctionnel du système nerveux et rechercher les signes prémonitoires de l'attaque d'éclampsie.

Il ne s'agit pas d'abord d'éclampsie à proprement parler: il y a préalablement une typhisation urémique. Il n'y a plus seulement accumulation de l'urée, il y a accumulation de tout ce qui constitue l'urine. Le fait a été démontré par des analyses assez nombreuses pour être, en raison même de la concordance des chiffres, considérées comme concluantes. Le sérum du sang des éclamptiques a été examiné; il était intéressant de savoir si la quantité d'urée dans le sang des éclamptiques que nous avons sous les yeux était conforme à celle que d'autres

observateurs ont trouvé déjà. Ces analyses ont été faites par notre interne en pharmacie, M. Chastaing. M. Chastaing n'est pas un interne en pharmacie ordinaire; il se prépare au doctorat ès sciences physiques, ce qui suppose une certaine compétence en chimie. Or, voici ce que M. Chastaing a trouvé: il y avait dans le sang de la première saignée 50 grammes d'urée par litre, par conséquent, il y avait *plus de trois fois plus d'urée* qu'à l'état normal. Ce chiffre de 50 est exactement celui qu'ont donné Hopp et Friggs; 51 grammes ont trouvé les auteurs allemands, 50 a trouvé notre interne en pharmacie; les chiffres ne sauraient être plus concordants.

Les expériences de Claude Bernard ont démontré que les injections d'urée dans le sang ne produisaient pas les accidents caractéristiques de l'éclampsie urinémiqne, et que par conséquent ce mot d'*urémie* correspondait à une théorie absolument fausse; la théorie de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang et l'*ammoniémie* sont aussi inexactes.

Voici, maintenant, des analyses très-précises qui montrent l'accumulation des matériaux, de *tous* les matériaux de l'urine dans le sang des femmes atteintes de typhisation urémique. Dans une première observation, au lieu de six parties de matières extractives pour 1,000 grammes d'urine, M. Quinquaud en a trouvé 24, c'est-à-dire *trois fois et demie plus*, de même que tout à l'heure nous avons plus de trois fois et demie plus d'urée dans le sang. Ce sont des chiffres absolument concordants. Une deuxième analyse a donné au même observateur 19,2, au lieu de 6; une troisième 18,3. Cela tourne autour de trois fois plus de matières extractives. Je ne sais rien de plus probant. Il ne faut donc pas dire seulement que c'est de la *créatinémie*; il ya tous les matériaux de l'urine, c'est de l'*urinémie*; c'est-à-dire que cette femme grosse ne fait plus d'urine, ne sélecte plus les éléments décomposés qui seront l'urine, ils restent et s'accumulent dans son sang, et voilà pourquoi elle est malade.

La typhisation peut se produire de diverses manières; on connaît le typhus des vaisseaux, des camps, des hôpitaux. Dans tous ces cas, il y a introduction par les voies respiratoires des matériaux qui produisent le typhus. Mais qu'importe que ces matériaux pénètrent du dehors en dedans ou préexistent au dedans. L'individu n'en est pas moins typhisé pour s'être typhisé lui-même; c'est ce que j'appelle l'*autotyphisation*. Y a-t-il accumulation [des matériaux de l'urine dans le sang, c'est la typhisation urinémiqne. Si les troubles fonctionnels en ce cas

différent, en quelques points, de ceux du typhus proprement dit, s'il y a diversité dans les phénomènes, cela tient à la diversité des matériaux accumulés dans le sang. Telle est la raison de la variété phénoménale des divers typhus, typhus proprement dit, typhus cholémique, typhus urinémiq ue et typhus athéromique ou endocardite ulcéreuse.

Je vous ai promis de vous démontrer par des chiffres que la fréquence de l'éclampsie albuminérique, ou mieux de l'urinémie puerpérale, a été en grandissant dans ces trente dernières années. Voici les chiffres. Je les emprunte à la thèse de mon ami Charpentier : *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*. Ils ont été recueillis à l'hôpital des Cliniques, où depuis cette époque le nombre des lits n'a pas changé. Il est curieux de savoir si, étant donné tel système thérapeutique que je repousse, le nombre des attaques d'éclampsie a augmenté. Je prends des chiffres que chacun de vous peut contrôler. Les résultats ont été recueillis de 1834 à 1871 ; je divise ce temps en 4 périodes, les 3 premières de 10 ans la dernière de 8 ;

De 1834 à 1843, vous avez 17 cas ;

De 1844 à 1853, — 27 cas, déjà dix de plus ;

De 1854 à 1863, — 35 cas, c'est déjà le double ;

Enfin, pendant cette dernière période de 8 années seulement, de 1863 à 1871, vous avez 54 cas.

Les rapports sont donc : 1 ; — 1,587 ; — 2,1 ; — 3,2.

Que s'est-il donc passé pendant cette période ? il s'est passé un grand fait : il y a eu les analyses du sang d'Andral et Gavarret. Ces savants ont démontré que les femmes grosses avaient moins de globules ; alors on a dit, outrepassant la logique : « Toutes les femmes grosses sont anémiques. » Mais je vous ai démontré tout à l'heure par tous les arguments possibles que les femmes grosses étaient pléthoriques ; mais tous les accoucheurs qui nous ont précédés ont rapporté à la pléthore ce qu'il nous faut maintenant rapporter à l'anémie. Eh bien, non ; la congestion indéniable des poumons, du foie, des reins, l'hémoptysie, l'ictère grave, l'éclampsie : tout cela, c'est de l'anémie. Alors on a prescrit les saignées préventives que faisaient nos pères, et l'on a vu s'accroître les attaques d'éclampsie albuminurique sous l'heureux ciel de Paris, tandis que la proportion n'a pas augmenté à la campagne, où il y a de vulgaires praticiens.

Or, cette plus grande fréquence n'est pas relative, et est absolue, la population féminine de Paris n'ayant pas triplé depuis quarante ans, et les lits de la Clinique non plus.

Je vous ai dit que ce fait si remarquable coïncide avec une révolution doctrinale opérée par l'hématologie, — révolution doctrinale qui consiste à voir dans toute femme enceinte une anémique; — je vous ai dit que, docile à la nouvelle doctrine, la thérapeutique s'est complètement et brusquement modifiée : *on ne saigne plus les femmes grosses.*

Or, est-il vrai que les femmes enceintes soient anémiques? Est-il vrai qu'elles le soient *toutes*? Est-il vrai qu'elles le soient de par leur grossesse? Enfin à quel degré celles qui le sont le sont-elles?

Autant de questions qui valent bien qu'on les soulève.

MM. Andral et Gavarret ont analysé le sang de 34 femmes en état de grossesse, et ils ont trouvé les chiffres que je vais vous dire : étant donné que la quantité moyenne ou normale de globules chez la femme soit de 127 p. 1,000, ils ont recherché si chez la femme grosse ce chiffre moyen était atteint.

Eh bien, sur ces 34 femmes enceintes, l'une avait 145 de globules : elle était loin, celle-là, de l'anémie; une autre avait 127, ce qui la mettait en règle avec la moyenne; six autres avaient de 125 à 120, ce qui n'est pas encore très-éloigné de 127; enfin, 26 avaient de 120 à 95. Donc, à la rigueur, en s'en tenant à ces nombres, il se trouverait qu'un quart des femmes grosses échappe à l'anémie, attendu qu'il n'est pas possible d'admettre qu'une femme qui a 120 de globules soit bien malade, parce qu'elle diffère de 7 millièmes de globules de celle qui a le chiffre moyen, dit normal. Ainsi, l'anémie des femmes grosses n'est ni aussi générale, ni aussi prononcée qu'on l'a bien voulu dire; et les analyses physiologiques, qui montraient que 26 femmes grosses sur 34 ne possédaient pas la moyenne de globules, n'autorisaient nullement les accoucheurs à conclure que *toutes* les femmes grosses étaient anémiques.

Maintenant, pour prouver que ces 26 femmes grosses étaient anémiques de par leur grossesse, il aurait fallu que leur sang fût analysé avant la conception, puis après l'accouchement, et cela non pas une fois, mais plusieurs. Or, c'est ce qui n'a pas été fait. De sorte qu'on ignore absolument si, chez ces 26 femmes, le chiffre qu'on a trouvé n'était point celui qu'elles avaient habituellement.

Notons d'ailleurs que les femmes grosses dont on a ainsi analysé le sang ne sont pas des femmes riches et richement nourries, des femmes placées dans le milieu salubre de la campagne, mais de pauvres habitantes d'une grande ville, des femmes d'hôpital, quelques-unes filles-

mères, cachant plus ou moins leur grossesse clandestine, source pour elles de honte, de misère et de dépérissement. Notez cela, et vous conclurez avec moi qu'il eût été de la plus simple logique de ne pas conclure de ces femmes pauvres aux femmes riches, de ces femmes de l'hôpital à celles de la ville, de ces femmes de la ville à celles de la campagne. MM. Andral et Gavarret n'étaient pas capables d'un pareil paradoxisme; ils ont publié leurs analyses et se sont arrêtés là. Les coupables sont les médecins qui, méprisant la tradition, s'autorisant d'analyses trop peu nombreuses et faites dans des conditions trop spéciales pour être généralisées, rejetèrent brusquement les idées jusqu-là reçues, dirent *anémie* là où on avait dit *pléthore*, et modifièrent d'une façon fondamentale la thérapeutique de la femme grosse.

De son côté, M. le professeur Regnault a fait vingt-cinq analyses du sang chez la femme grosse, et il résulte de ses recherches que, chez les femmes examinées vers la fin de leur grossesse, le sang est moins riche en globules, moins riche aussi en albumine (nous verrons s'il n'y aurait point là le résultat d'une sérumurie latente ou méconnue). Les chiffres *moyens* de globules seraient de 117,4 dans les cinq ou six premiers mois de la gestation, de 101,4 seulement vers la fin de celle-ci.

Ainsi, les analyses de M. Regnault concorderaient avec celles de MM. Andral et Gavarret, relativement à l'anémie *par qualité*; mais l'anémie *par quantité* reste entière à démontrer; or, nous allons voir à l'instant si le contraire n'est pas réalisé, et si là n'est pas le nœud de la question, comme aussi le péril.

MM. Becquerel et Rodier ont fait sept analyses du sang chez la femme grosse. « Six de ces sept femmes, disent les auteurs, *avaient une excellente santé.* » Ce qui prouve au moins qu'on peut se très-bien porter en dépit de l'anémie certifiée par l'analyse chimique.

La composition moyenne de leur sang était de 111,8 de globules (avec un maximum de 127,1 et un minimum de 87,7). La déglobulation du sang n'était pas, on le voit, des plus considérables.

Mais ce qu'il y a peut-être de plus intéressant dans le travail de Becquerel et Rodier, c'est la phrase que voici : « *Toutes ces femmes n'ont été saignées que parce qu'elles en sentaient le besoin, et qu'il existait un VÉRITABLE ÉTAT PLÉTHORIQUE indiquant positivement l'émission sanguine.* »

Il y a là une apparente contradiction dans les termes; je dis *apparente*.
Archives de Tocologie. — AVRIL 1875.

rente, et vous l'allez bien voir. En effet, — et le dilemme est inévitable, — si toutes ces femmes saignées ne l'ont été que parce qu'elles présentaient des accidents de pléthore, c'est donc qu'elles n'étaient pas anémiques; ou si elles étaient anémiques de par l'analyse chimique de leur sang, c'est donc que ces anémiques là peuvent présenter des phénomènes de pléthore; mais si oui (ce que je suis bien loin de nier), ne s'ensuit-il pas qu'il faut traiter même les anémiques de cette sorte par le traitement de la pléthore?

En réalité, ce n'est pas pléthore qu'ont voulu et auraient dû dire les auteurs que je discute, mais *congestion*; et, en fait, ces anémiques là peuvent avoir et ont des congestions, voir même des phlegmasies, tout comme et plus que d'autres; congestions et phlegmasies qu'il importe de traiter plus activement et plus vivement que d'autres, en raison de l'activité et de la rapidité de leur processus; de traiter même et surtout par la méthode antiphlogistique, mais *proportionnée* à l'état actuel de leur organisation et de leur sang.

C'était là, s'inspirant des faits cliniques non moins que de la raison, la seule conclusion doctrinale à tirer des expériences physiologiques.

Ainsi se comprennent alors et les faits quotidiennement observés et les assertions invariables des auteurs qui ont précédé l'ère contemporaine, faits qui démontrent, assertions qui affirment la *pléthore par quantité* chez la femme grosse. Pléthore *lymphatique*, disaient ceux-ci, pléthore séreuse, dirai-je avec les partisans de l'anémie, — et c'est la seule concession que je puisse leur faire, — mais pléthore, ou mieux congestion. Eh! si vous ne voulez pas admettre des congestions par un sang riche, admettez au moins des congestions par un sang pauvre. Or, voyez-vous d'ici en quoi le péril est moins grand, parce qu'il y a congestion d'un organe important par du sang qui n'a que 111 de globules en moyenne, au lieu d'en avoir 127!!! Il serait puéril d'insister.

Donc il y a, ou il peut y avoir, chez la femme enceinte, congestion (par un sang *séveux*, diront les contemporains, et cela m'est bien égal), mais congestion du poumon, d'où le crachement de sang; congestion du foie, d'où l'ictère, et un ictère grave parfois; congestion des reins, d'où la sérumurie. Là est le péril, parce que là est le trouble fonctionnel, instant, profond et compromettant à bref délai l'organisme.

Maintenant faut-il, et peut-on prévoir et prévenir ces congestions d'un sang, même moins riche en globules? Le problème clinique est là tout entier.

Ce qui revient à dire, relativement à notre sujet de l'éclampsie puer-

pérale: 1° Peut-on prévoir les accidents de l'éclampsie? 2° Comment peut-on les prévenir?

Et d'abord, relativement à la première question, la solution est des plus faciles; examinez les urines de toute femme, et si, vers le cinquième mois de la grossesse, vous y trouvez de l'albumine, c'est-à-dire du sérum (car la seule chose que vous puissiez constater dans le pissement du sérum, c'est la coagulation de l'albumine), prenez garde aux symptômes que je vais vous signaler.

Il peut y avoir de la *céphalalgie*, et la céphalalgie de la femme grosse qui pisse du sérum est excessivement douloureuse; elle siège le plus souvent à la partie antérieure du crâne, très-rarement à l'occiput, fugitive d'abord, apparaissant à certains moments de la journée, elle devient bientôt persistante: c'était le cas de notre seconde malade. Malheur aux femmes chez qui cette céphalalgie devient ainsi persistante! Puis survient un autre phénomène: ce sont des troubles de la vue. L'interne dont je vous ai parlé, ce Lausannois, avait de la céphalalgie, et cette céphalalgie a précédé de quelques heures seulement son affreuse attaque d'éclampsie: il n'était pas *grosse*, assurément, mais qu'importe? Il était urinémiq, et l'urinémie scarlatineuse provoque les mêmes accidents que l'urinémie puerpérale.

Après la céphalalgie apparaissent ordinairement ces *troubles de la vue* que je viens de signaler, et qui consistent dans une difficulté de voir nettement les contours des objets; le malade veut-il lire, il est incapable de le faire plus de quelques minutes, bientôt les lignes se troublent, se superposent, s'enchevêtrent; et si le malheureux persiste, la nausée survient qui l'empêche; il voit des taches colorées de toutes les teintes de l'irisation; puis bientôt les troubles de la vue sont remplacés par d'autres plus significatifs encore; le malade devient amblyopique, hémipopique, amaurotique; rappelez-vous encore mon Lausannois. Alors l'attaque d'éclampsie n'est pas loin.

L'ophthalmoscope ne démontre rien; mais l'examen de ce que j'ai appelé l'*œil externe* en apprend davantage. Les milieux transparents de l'œil sont à l'état normal. Il n'y a pas sur la rétine de dépôts fibreux, comme on en constate dans la maladie de Bright. D'où cette conclusion très-vraisemblable, que c'est dans les centres nerveux que se produisent ces lésions matérielles que vous pouvez rencontrer plus tard si vous n'avez rien fait pour en prévenir la venue. Au contraire, avec un peu d'attention, vous distinguerez souvent un peu de suffusion séreuse de la conjonctive oculaire, surtout dans le sillon oculo-

palpébral, et Bailly a parfaitement indiqué ce fait dans son article *Eclampsie* du dictionnaire de Bailliére; parfois, chez certaines femmes qui ont de l'albumine dans les urines, on peut observer une suffusion séreuse de la conjonctive bulbaire sans suffusion des paupières.

Indépendamment de ces deux phénomènes prémonitoires, la céphalalgie et les troubles visuels, il y en a d'autres qui ne sont pas moins probants, et qui précèdent de très-peu l'attaque d'éclampsie; c'est la *douleur épigastrique*, comparée par les malades à la pression violente que pourrait exercer un corps de médiocre volume appliqué sur le creux épigastrique. Alors la douleur est si violente que les malades poussent quelquefois des cris. Je me demande si cette douleur, qui est rapportée à un trouble fonctionnel du plexus solaire, n'est pas une sorte d'aura ayant pour siège la pneumogastrique; et ce qui me fait croire que c'est du côté du pneumogastrique que siège le mal, c'est qu'un autre symptôme prémonitoire de l'éclampsie, dont je vous parlerai, moins fréquent, mais très-significatif, c'est la dyspnée, laquelle accompagne l'anxiété. Chez certaines femmes, c'est l'anxiété épigastrique qui apparaît la première; chez d'autres, la dyspnée. Une théorie vraisemblable attribue l'attaque d'éclampsie à une anémie momentanée du bulbe; mais chez la femme grosse, je crois que l'ischémie du bulbe a lieu par contraction vasculaire et non par anémie vraie. C'est là un fait qui se produit chez les individus dont le sang est le plus normal. Mais les pneumogastriques ont dans le bulbe leur origine, apparente au moins; ils sont nourris par les vaisseaux qui se rendent au bulbe. Si donc enfin il y a ischémie du bulbe, il doit y avoir ischémie des pneumogastriques. Quoi qu'il en soit de cette explication, elle offre au moins l'avantage de rappeler à votre esprit, en les associant physiologiquement, ces deux phénomènes prémonitoires, la dyspnée et l'anxiété épigastrique.

Un quatrième symptôme important est le *vomissement*. Souvent les femmes qui vont avoir une attaque d'éclampsie vomissent, elles vomissent quelques jours auparavant de la bile, des aliments, alors qu'elles ont cessé d'avoir les vomissements du commencement de la grossesse.

Ainsi, Messieurs, recherchez avec soin la sérumurie et redoutez l'éclampsie chez les femmes qui, arrivées au cinquième ou sixième mois de la grossesse, ont de la céphalalgie, des troubles visuels, de la dyspnée, de l'anxiété, des vomissements; redoutez-la plus justement.

encore s'il y a obtusion de l'intelligence, changement de caractère, insomnie ou sommeil comateux, vertiges ou agitation.

J'ai essayé de vous faire comprendre comment l'urinémie de la femme grosse était la déviation d'un fait physiologique; mais vous pourriez m'accuser de partialité en faveur de ma thèse, si j'omettais de vous signaler les causes classiques de l'éclampsie puerpérale; je le ferai dans une prochaine leçon; et j'arriverai naturellement ainsi à traiter cette seconde question : *peut-on prévoir l'éclampsie?*

(A suivre.)

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

Large fistule vésico-vaginale. — Emploi de la cautérisation. — Guérison. — Note lue à la Société de médecine de Gand, par M. le Dr Galens, de Deynze.

Depuis plusieurs années déjà, la Société de médecine de Gand s'occupe du traitement des fistules vésico-vaginales par la cautérisation. Une discussion, qui fera époque dans l'histoire de cette cruelle infirmité, a fourni à plusieurs membres de cette savante compagnie l'occasion d'exposer des idées nouvelles sur la cautérisation des fistules. Ces débats ne se sont pas bornés à une simple joute oratoire : à l'appui des doctrines qu'ils défendaient, MM. Soupart, Du Moulin, Van Wetter, Deneffe, Bouqué et De Lorge signalèrent les heureux résultats cliniques auxquels ils étaient arrivés en mettant leurs idées en pratique.

Dans cette lutte contre ce préjugé qui règne encore aujourd'hui dans la science, « que la cautérisation n'a peut-être jamais guéri une fistule, » nos savants confrères s'appuyaient également sur les travaux de l'École italienne, dont les personnalités les plus illustres, Rizzoli, de Bologne, et Amabile, de Naples, se sont constituées les défenseurs convaincus de cette méthode.

Les travaux si remarquables qui furent présentés à la Société de médecine de Gand et les discussions qu'ils provoquèrent, fixèrent l'attention du monde savant. L'un des médecins les plus distingués de la France, M. le docteur de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*, leur consacre dans le n° 43 de son journal (1873), un article des plus élogieux et bien fait pour enorgueillir les laborieux confrères

qui avaient eu le courage de remettre en honneur la méthode de cautérisation, tombé dans un injuste oubli.

Mais la belle étude de M. De Ranse ne plut sans doute pas à tout le monde, puisque, dans le numéro suivant (44), l'honorable rédacteur en chef écrivait :

« A propos de ce que nous avons dit dans le précédent numéro, du « traitement des fistules vésico-vaginales par la cautérisation, nous « avons reçu d'un habile chirurgien, à qui l'opération de la fistule par « l'avivement et la réunion immédiate doit d'heureux perfectionne- « ments, une lettre qui n'est pas destinée à la publicité, mais dont « nous croyons devoir extraire et reproduire ici quelques lignes, afin « que la réponse que nous avons à y faire ne laisse prise, de la part « d'un autre lecteur, à aucune interprétation erronée de notre pensée.

« J'ai été surpris, nous dit notre savant et excellent confrère, de « vous voir recommander la cautérisation comme moyen de guérison, « alors qu'il est parfaitement constaté qu'elle ne peut réussir que dans « des cas très-restreints et où l'ouverture artificielle n'a que des di- « mensions très-petites. »

Si l'habile chirurgien, auquel l'honorable M. De Ranse fait allusion, avait bien voulu lire les mémoires et les discussions, publiées dans les *Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, sur la thérapeutique des fistules vésico-vaginales par la cautérisation, je suis assuré qu'il n'aurait pas écrit dans de pareils termes à M. le rédacteur en chef de la *Gazette médicale*.

Cet honorable chirurgien aurait parfaitement constaté que la cautérisation a guéri des fistules qui admettaient, les unes un doigt, les autres jusqu'à trois doigts, dont quelques-unes mesuraient 2, 2 1/2, 3, 4, 4 1/2, 5 1/2 centimètres de diamètre.

L'honorable chirurgien reconnaîtra sans doute avec moi qu'on ne peut dire de pareilles fistules, « qu'elles n'ont que des dimensions très-petites. »

Aux faits nombreux déjà cités devant la Société de médecine de Gand vient s'en joindre un nouveau que j'emprunte à ma pratique personnelle. Non moins probant que les précédents, il démontre à toute évidence que la cautérisation n'est pas seulement applicable dans les cas très-restreints où l'ouverture artificielle n'a que des dimensions très-petites, mais qu'elle est applicable aux larges fistules elles-mêmes.

Le 20 avril, l'accoucheuse me pria de l'assister auprès de la femme

Semaey, à Bacht-Leerne-Sainte-Marie. Celle-ci était en travail de son second enfant; le premier, d'un volume très-petit, était venu avant terme. La patiente, petite de taille et d'une constitution sèche, était âgée de vingt-quatre ans.

Le col de la matrice était complètement dilaté, l'enfant se présentait par le sommet en première position. Le détroit supérieur était rétréci par une saillie considérable de l'angle sacro-vertébral, la poche des eaux était rompue depuis la veille dans l'après-midi. A partir de ce moment, les contractions utérines avaient été fréquentes et énergiques, mais depuis le matin elles étaient devenues plus rares et plus faibles.

La nature étant impuissante à délivrer cette femme, je dus intervenir et extraire l'enfant au moyen du forceps, après des tractions énergiques. Les suites de l'accouchement ne présentèrent d'abord rien de particulier, et une douzaine de jours s'étaient écoulés depuis la dernière visite que j'avais rendue à la femme Semaey, quand le 15 mai on me fit appeler auprès d'elle, me disant qu'elle allait fort mal.

Je la trouvai dans une très-fâcheuse situation, ne pouvant ni marcher, ni s'asseoir, ni se coucher, elle restait presque toujours debout accoudée sur quelque meuble, les cuisses écartées. Sa figure était pâle et exprimait la souffrance, l'appétit et le sommeil avait disparu depuis plusieurs jours.

La malade me conta qu'après ma dernière visite, elle se croyait complètement guérie, quand dans la nuit du 11 au 12 mai, elle se sentit mouillée par les urines. En se levant, elle put encore uriner comme de coutume mais quelques heures plus tard elle se sentit mouillée encore.

Pendant deux jours, chaque miction naturelle faisait cesser pendant quelques heures la perte d'urine, mais à partir de la fin du second jour, tout besoin de miction et toute excrétion de l'urine par l'urèthre avait disparu. Ce liquide coulait sans cesse par le vagin sans que la position prise par la patiente modifiât cette triste infirmité.

Les organes génitaux étaient rouges et gonflés, un liquide séreux et fétide s'en écoulait abondamment; la face interne des cuisses, l'anus étaient le siège d'excoriations et d'un érythème douloureux. Je plaçai la malade dans le décubitus latéral gauche et j'inspectai le vagin au moyen d'un spéculum de Sims. Une large étendue de la paroi supérieure de ce canal était tombée en débris gangréneux, des lambeaux mortifiés et presque détachés s'enlevaient facilement au moyen de lon-

gues pinces à pansement. Vers le tiers supérieur de la paroi vaginale antérieure, au milieu de ces eschares, je vis une trouée à grand diamètre transversal, mesurant près de 3 centimètres et dans laquelle j'introduisis mon index avec la plus grande facilité.

J'avais suivi avec tant d'intérêt les belles discussions, soutenues devant la Société de médecine de Gand sur la thérapeutique des fistules vésico-vaginales, par MM. Soupart, Du Moulin, Deneffe, Van Wetter, Bouqué et De Lorge, que je résolus de mettre à l'épreuve la méthode de cautérisation, dont ces savants confrères se sont fait les défenseurs dans notre pays.

Je priai M. Deneffe de vouloir bien m'accompagner chez la malade, et le 22 mai nous soumîmes la pauvre femme à un nouvel examen. La situation ne s'était pas modifiée. M. Deneffe arracha encore au moyen de pinces de longues eschares et il put, comme je l'avais fait, introduire très-aisément son index dans la vessie de la femme au travers de la fistule vésico-vaginale.

Nous prîmes alors un long crayon de nitrate d'argent, et nous l'usâmes à peu près par une cautérisation large et profonde de l'intérieur de la fistule et de toute la surface périfistulaire fort étendue, je l'aidai, que les eschares avaient recouverte.

Immédiatement après cette cautérisation, la malade ressentit un grand soulagement des souffrances qu'elle éprouvait depuis plusieurs jours. Elle passa une nuit excellente, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps.

Trois jours plus tard, le 25, je revis la patiente, elle continuait à perdre comme auparavant, aucune goutte d'urine ne passait par l'urèthre. Les nuits étaient bonnes. Sous l'influence des soins de propreté que j'avais recommandés à la femme, les excoriations et l'érythème qui s'étaient développés sur les cuisses et les organes génitaux, s'étaient notablement améliorés. Je fis une nouvelle cautérisation large et énergique au moyen du nitrate d'argent.

Le 29, nous examinons la malade avec M. Deneffe; déjà l'ouverture fistuleuse était considérablement réduite, nous ne pouvions plus y faire pénétrer que le bout du petit doigt. La femme continuait à perdre toutes ses urines. Cautérisation par le nitrate d'argent.

Le 3 juin, je trouvai la fistule bien diminuée encore, elle admettait à peine l'extrémité de mon crayon de nitrate d'argent. La patiente me déclara que le matin de ce jour et la veille de bonne heure, elle avait émis par l'urèthre une certaine quantité d'urine, et qu'elle était en-

suite restée quelque temps sans perdre de liquide. Cautérisation par le nitrate d'argent.

Le 8 juin, la malade me raconte que, tous les matins, elle urine par le canal de l'urèthre et que, pendant les trois derniers jours, elle avait de temps en temps dans la journée uriné naturellement. Cependant elle se sent encore mouillée. J'examinai le vagin, mais il me fut impossible d'y découvrir le moindre pertuis. Je mis alors le doigt sur l'ouverture uréthrale et la fermai, puis je recommandai à la patiente de faire des efforts de miction. Je vis alors que le spéculum se mouillait. Le pertuis, quoique invisible, existait donc, je fis une nouvelle cautérisation tout aussi énergique que les précédentes.

Quatre jours après je revis la malade. Elle ne perdait plus les urines involontairement. La vessie les gardait, malgré la position que pouvait prendre la malade et malgré les efforts auxquels elle se livrait. J'examinai le vagin, mais je le vis à sec, malgré les efforts de miction que je fis faire à la patiente pendant que mon doigt fermait l'ouverture uréthrale.

Depuis cette époque, j'ai plusieurs fois examiné la femme, dont la guérison s'est parfaitement maintenue. Désirant qu'aucun doute ne pût planer sur la réalité d'une guérison que les classiques regardent comme impossible, je priai M. Deneffe de venir la constater. Le 21 août, mon savant confrère, accompagné de M. le docteur Bouqué, qui s'est aussi beaucoup occupé de la cure des fistules vésico-vaginales par cautérisation, vint à Bachte. Tous trois nous soumîmes la femme à un examen attentif, et nous pûmes constater une guérison parfaite. Il ne reste à notre malade qu'un petit inconvénient, qui ne tardera sans doute pas à disparaître. La vessie ne peut contenir une grande quantité d'urine sans l'expulser involontairement; quand la patiente reste trois heures sans uriner, elle éprouve tout-à-coup un besoin irrésistible et elle sent presque aussitôt la vessie se vider par le canal de l'urèthre, si elle ne s'empresse de le faire volontairement. C'est un fait qui a été cité déjà par un grand nombre de chirurgiens. Nous espérons que sous l'influence du traitement tonique général et de quelques excitants locaux, le sphincter de la vessie retrouvera la tonicité qu'il possédait autrefois, et que la pression, qu'il a supportée pendant l'accouchement, lui a fait perdre momentanément. Quand la femme ne laisse pas l'urine distendre trop fortement la vessie, rien de semblable ne se produit.

Ainsi donc, cinq cautérisations par le nitrate d'argent ont guéri dans

l'espace de vingt et un jours une fistule vésico-vaginale, qui permettait à l'index de pénétrer très-facilement dans la vessie.

J'ai pu pratiquer ces cautérisations seul, sans aide et au moyen d'un appareil instrumental des plus simples et des moins coûteux.

La femme ne garda pas le lit un seul instant, elle ne cessa pas de vaquer à ses occupations; je n'introduisis jamais de sonde dans la vessie; bref, le traitement fut aussi simple qu'il est possible de l'imaginer. En soumettant la femme à un traitement immédiat, je me suis écarté de la ligne de conduite recommandée par les classiques. Ils conseillent de laisser agir la nature, d'abandonner les fistules à elles-mêmes pendant quelques mois, dans l'espérance de voir se produire une guérison spontanée. MM. Deneffe et Van Wetter, d'accord sur ce point avec les chirurgiens italiens, ont au contraire conseillé d'agir sur la fistule immédiatement ou du moins peu de temps après sa production, et ils ont cité, à l'appui de la doctrine qu'ils défendaient, les succès obtenus par eux-mêmes et par les docteurs Lesi, de Bologne, Précelle, de Gand, et Béraud, de Paris. Le succès si remarquable que j'ai obtenu est une éclatante confirmation des idées soutenues par MM. Deneffe et Van Wetter.

REVUE CLINIQUE.

Monstre appartenant à la famille des acéphaliens (genre péracéphale de la nomenclature d'Isidore Geoffroy-St-Hilaire.)

Dans la séance du 16 mars de cette année, j'ai eu l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie la monstruosité dont il va être question. Déjà le 7 avril de l'année dernière, je lui avais montré un monstre de la même famille, mais appartenant au genre acéphale *proprement dit* : ce dernier fait a été représenté et décrit avec tous les détails fournis par l'autopsie dans le premier volume des *Archives de Tocologie*, p. 306 et suivantes.

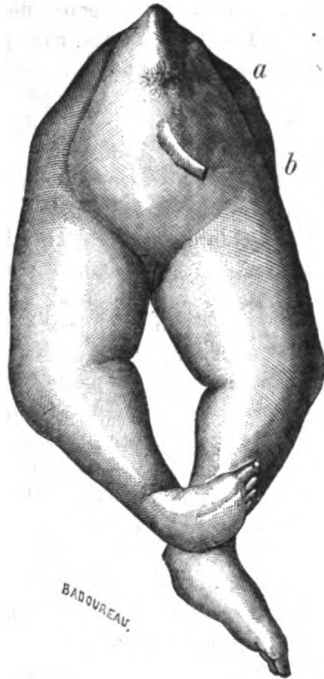
Le 1^{er} décembre de la même année, M. le Dr Blot faisait connaître à l'Académie les résultats de l'examen qu'il avait fait d'un péracéphalien qui avait été envoyé à cette Compagnie par le Dr Ternisien (de Foucarmont). Cette description a été publiée par M. Blot dans les *Archives de Tocologie*, p. 53 et suivantes du deuxième volume.

Le cas que j'ai récemment soumis à mes collègues est un nouvel exemple de cette monstruosité; il m'a été envoyé par une sage-femme de Paris, M^{me} Aumoitte. Les détails qui vont suivre, outre l'intérêt qu'ils comportent, comprendront la description du placenta, description qui a presque toujours fait défaut dans les cas antérieurement publiés, ce qui n'a pas

permis d'être bien renseigné sur les connexions vasculaires de ces monstres pendant la vie intra-utérine.

Disons d'abord que celui dont j'ai à parler était, comme dans tous les cas connus par moi, le produit d'une grossesse gémellaire.

Le premier enfant expulsé est né vivant et bien conformé; sa longueur totale n'était que de 37 centimètres. Il était évident qu'il n'était pas à terme : cependant l'utérus était très-développé, mais cela tenait à ce que le liquide amniotique était en quantité exagérée, ainsi que cela devint évident au moment de la rupture des membranes.



a. Touffe de poils. — *b.* Cordon ombilical.

Description. Aspect général. — La forme du monstre est celle d'un double cône adossé par les bases. L'une des extrémités est formée par la partie supérieure de la colonne vertébrale; l'autre est représentée par les pieds. Il est facile de voir qu'il y a un bassin d'où partent les membres inférieurs. Voici ses principales dimensions; la longueur totale est de 17 centim. $1/2$. De l'extrémité supérieure à l'ombilic, il n'y a qu'à 3 centimètres $1/2$; de l'ombilic à la racine des membres, 4 centimètres : la longueur des membres inférieurs est de 10 centimètres. La circonférence au niveau des hanches est de 18 centimètres; celle des cuisses à leur origine, de 12 centimètres.

Le diamètre transversal dans le point le plus large du tronc est de 8 cen-

timètres. La masse se termine en haut par une extrémité presque pointue, formée par la partie supérieure de la colonne vertébrale recourbée en avant en forme de crochet. Cette partie courbe du rachis est tout à fait superficielle et immédiatement placée sous la peau du côté de la partie antérieure. A l'endroit où se trouve l'extrémité de la courbe, on remarque un petit bouquet de poils blonds très-fins, implantés sur une légère éminence de la peau (a); du reste, toute cette extrémité supérieure, en avant comme en arrière, est recouverte de poils, mais ils sont très-espacés et bien plus courts qu'à la place dont nous venons de parler. A mesure que l'on descend et que l'on se rapproche des hanches, la masse s'élargit; à la partie inférieure on sent la saillie des crêtes iliaques et en avant le rebord des pubis. A la face postérieure, on peut suivre dans toute sa longueur ce qui existe de la colonne vertébrale qui est dirigé suivant une ligne à peu près droite; le sacrum cependant fait en arrière une saillie notable. A la partie antérieure, la couche des tissus est très-épaisse; aussi est-il impossible de distinguer comment est disposée la partie du squelette qui est au-dessous.

Toutes ces parties sont recouvertes par une peau fine, très-blanche, sans rides ni solutions de continuité et sous laquelle on sent une épaisse couche de tissus mous, graisseux et comme infiltrés. Au milieu, à peu près, de ce tronc informe se trouve l'ombilic normalement formé, dans lequel vient s'insérer le cordon que j'ai déjà indiqué (b). Il n'y a pas de trace d'extrémité céphalique, de membres supérieurs ou de thorax.

Entre les cuisses existent des organes génitaux externes assez bien conformés; une vulve de 3 millimètres de hauteur. La grande et la petite lèvre du côté gauche sont bien distinctes, tandis que du côté droit elles sont soudées, de telle sorte que la petite lèvre paraît ne pas exister. A la partie supérieure se voit une petite dépression infundibuliforme, au delà de laquelle le stylet ne peut pénétrer; c'est probablement un rudiment d'urèthre. Plus en bas, à 2 millimètres des grandes lèvres, le vagin est fermé par un hymen percé d'une petite ouverture qui admet à peine la sonde cannelée. Le vagin a une longueur de 5 millimètres seulement.

En arrière de la vulve, à 12 millimètres, se trouve l'orifice anal, dans lequel on peut introduire sans difficulté une sonde de calibre ordinaire.

Les cuisses sont peu volumineuses, le tissu sous-cutané est cependant un peu infiltré, leur longueur est de 6 centimètres. Les fémurs ne jouent pas très-bien dans la cavité cotyloïde, la flexion se fait difficilement, tandis que l'adduction et l'abduction s'exécutent d'une manière très-complète.

Les jambes sont beaucoup moins infiltrées que les cuisses, leur longueur est de 4 centimètres. Elles sont fortement déjetées en dedans, surtout la droite, qui croise celle du côté opposé. L'articulation du genou est très-mobile, néanmoins on ne peut placer les cuisses et les jambes dans une direction rectiligne; les membres inférieurs offrent toujours, quoique l'on fasse, une courbure très-marquée à concavité interne. Il faut ajouter que ces membres pelviens ont subi dans leur ensemble une torsion qui fait que leur face interne est devenue face antérieure.

Les pieds ont une longueur de 3 centimètres et demi. De chaque côté il

y a un double pied bot équino-varus accentué, surtout du côté droit, où le pied est tout à fait tordu sur lui-même, de manière que les orteils se relèvent en dedans. Le bord externe est devenu le bord inférieur, tandis que l'interne représente le bord supérieur; la face supérieure du pied regarde en avant, et même un peu en bas. La déviation du pied gauche est moins accentuée : de ce côté trois orteils, tandis qu'à droite il y en a quatre, mais les deux du milieu sont soudés ensemble. Les articulations de ces orteils sont libres.

Dissection. (Cette dissection a été faite avec le concours de mon aide de clinique, M. Martel.) — Une injection a été poussée par la veine ombilicale afin de rendre plus facile l'étude du système vasculaire. Une incision est ensuite pratiquée de chaque côté de la région où s'insère le cordon, afin de ménager l'ombilic et de ne pas en entamer les vaisseaux qui en partent. Cette paroi antérieure, très-épaisse, celluleuse, infiltrée de sérosité claire, étant rabattue, on rencontre en arrière un gros vaisseau central, suite de la veine ombilicale; ce vaisseau, accolé à la face antérieure de la colonne vertébrale à laquelle il est fortement adhérent, est long de 2 centimètres et a le volume d'une grosse plume d'oie. Il se bifurque en bas en deux branches principales, les iliaques primitives qui se subdivisent elles-mêmes, selon la règle ordinaire, en iliaques interne et externe.

De chaque côté de ce vaisseau central sont deux organes gros comme de petites noisettes, le gauche un peu plus volumineux que le droit, et entourés d'une mince couche graisseuse. Ce sont les reins avec le hile assez nettement marqué, et recevant chacun un vaisseau de calibre assez fort, qui lui est envoyé par le vaisseau central. Le rein gauche a même un petit uretère qui communique avec une petite cavité placée derrière la symphyse des pubis, et présentant les caractères de la vessie; on n'a pas pu trouver l'uretère du côté droit.

Dans la cavité du bassin, remontant même un peu au-dessus, on trouve une portion d'intestin renfermée dans une poche séreuse. Cet organe, plissé sur lui-même, est formé par le gros intestin et a une longueur de 18 centimètres, adhérent par sa partie supérieure à l'ombilic, où il se termine en cul-de-sac, et s'ouvrant à l'orifice anal après s'être un peu renflé à la partie tout à fait inférieure. Cet intestin est rempli de mucus d'un blanc grisâtre, dans lequel on retrouve au microscope quelques cellules épithéliales.

Entre le rectum et la vessie est placé un petit organe charnu, gros comme un pois, placé au-dessus du conduit vaginal, c'est évidemment le rudiment de l'utérus.

Système vasculaire. — Le vaisseau principal faisant suite par en haut à la veine ombilicale et se bifurquant en bas représente, comme je l'ai dit, la circulation centrale. De petites branches naissent à la partie postérieure de ce tronc, et vont se rendre à l'extrémité supérieure et aux parois latérales de la masse principale de ce petit monstre, tandis que l'épigastrique se perd dans la paroi antérieure. L'iliaque primitive du côté droit se dirige franchement en dehors, sans aucun détour, arrive à l'arcade crurale, et donne bientôt deux rameaux principaux, un à droite, très-long, destiné aux mus-

cles des régions antérieure et externe, et s'anastomosant à sa terminaison avec une des branches que l'on peut appeler la poplitée; l'autre rameau, à gauche, est destiné aux muscles de la région postérieure et à la peau de cette partie. La fémorale ne donne aucune autre branche dans tout son trajet. L'anneau du troisième adducteur et celui du soléaire n'existent pas. L'artère arrive sur la face interne du genou qui, à cause de la torsion des membres, est dirigée en avant, et se bifurque en deux branches, dont l'une s'anastomose tout autour du genou avec les rameaux de la branche externe et supérieure de la fémorale, tandis que l'autre descend le long du bord interne du tibia pour se diviser au niveau de l'articulation tibio-tarsienne en une branche qui va sous la plante du pied, et une autre sur le pied donnant des divisions analogues à celles de la pédieuse.

Du côté gauche, la circulation présente quelques différences. L'iliaque primitive descend dans le bassin le long de la face antérieure du sacrum, se bifurque là en hypogastrique qui donne aux organes contenus dans l'excavation et en iliaque externe qui contourne le bassin, remonte en avant pour gagner l'arcade crurale. L'artère fémorale ne donne qu'une seule branche qui se dirige en dehors et va à la partie postérieure du membre, pour fournir aux muscles de cette région.

La fémorale descend en suivant le bord interne de la cuisse, passe de ce côté en arrière du genou et se bifurque en donnant des branches comme l'artère du membre droit. Ces artères fémorales, à leur origine, sont contenues dans une gaine aponévrotique particulière et un gros tronc nerveux les accompagne en dehors.

On remarque, en outre, que les artères cheminent à la surface des muscles et que des veines ne leur sont pas accolées. Des vaisseaux veineux, d'un calibre assez gros, forment un réseau très-serré dans le tissu cellulaire interposé entre la peau et les muscles.

Aponévroses. Muscles. Les aponévroses d'enveloppe de la cuisse et de la jambe existent; quant aux aponévroses particulières aux muscles, elles ne sont représentées que par quelques trainées de tissu cellulaire très-lâche.

Le *psaos*, volumineux, a ses insertions sur les apophyses transverses des vertèbres lombaires; il est recouvert par le rein et traversé par les branches du plexus lombaire. Les muscles principaux de la cuisse ont été disséqués avec soin, ils existent presque tous, ce sont les muscles profonds qui manquent ou sont atrophiés. Le couturier ne présente qu'une lame très-mince de tissu musculaire; le triceps fémoral est nettement formé, de même que les adducteurs et le triceps crural. Les trois muscles fessiers ont pu être aussi séparés, mais avec de grandes difficultés.

Les muscles de la jambe sont très-atrophiés, surtout ceux du côté droit; les muscles de la région antérieure, tibial antérieur et extenseur commun, sont reportés en dehors; le tibial antérieur est très-grêle, tandis que les extenseurs ont un volume en rapport avec la grosseur du membre. L'extenseur propre du gros orteil est seul à la partie antérieure et sous-jacent à l'artère principale, son tendon suit la face antérieure du pied et se

rend au gros orteil. Le tendon de l'extenseur commun passe dans une gouttière formée par le tibia et par le péroné, et se termine par deux languettes, une supérieure et l'autre inférieure, pour chaque orteil. Les muscles de la région postérieure sont au complet, le soléaire se termine comme d'habitude par un gros tendon qui va s'insérer au calcaneum.

Les fléchisseurs propres du pied sont très-grêles, le pédieux est réduit à une simple lamelle.

Les dispositions musculaires sont les mêmes à gauche qu'à droite, seulement les muscles sont plus gros à gauche,

Tous ces muscles sont un peu pâles, mais ils offrent au microscope une texture normale.

Os. La colonne vertébrale est bien ossifiée sur toute sa longueur qui est de 7 centimètres $1\frac{1}{2}$; elle se termine par une extrémité recourbée en crochet, ainsi que je l'ai dit, et ne présente aucune déviation latérale. Les cinq vertèbres lombaires sont normales; les six vertèbres dorsales qui sont au-dessus n'ont pas d'apophyses transverses, ce sont de petits os ronds, percés à leur centre d'un tout petit trou et réunis entre eux par une mince membrane; ce sont les seuls os de la colonne vertébrale. Le bassin est assez régulièrement conformé, cependant sa direction est un peu oblique de haut en bas et de gauche à droite. Les diamètres transverse et antéro-postérieur ont 1 centimètre et demi de longueur. Les fémurs, contournés sur eux-mêmes, sont fortement renflés à leurs extrémités, il en est du reste de même pour les os de la jambe. Le tibia et le péroné sont séparés à la partie tout à fait inférieure dans la jambe droite; la gouttière péronéale existe à gauche. Dans les deux membres, l'extrémité inférieure du péroné est bien plus lisse que celle du tibia. Le calcaneum est repoussé en arrière et en haut, l'astragale est déjetée en avant et en bas, ainsi que le scaphoïde et le cuboïde; les trois cunéiformes existent du côté droit, et deux seulement à gauche. A droite, il y a quatre métatarsiens et deux phalanges pour chacun des orteils au nombre de quatre; à gauche, il y a trois métatarsiens et trois orteils avec deux phalanges.

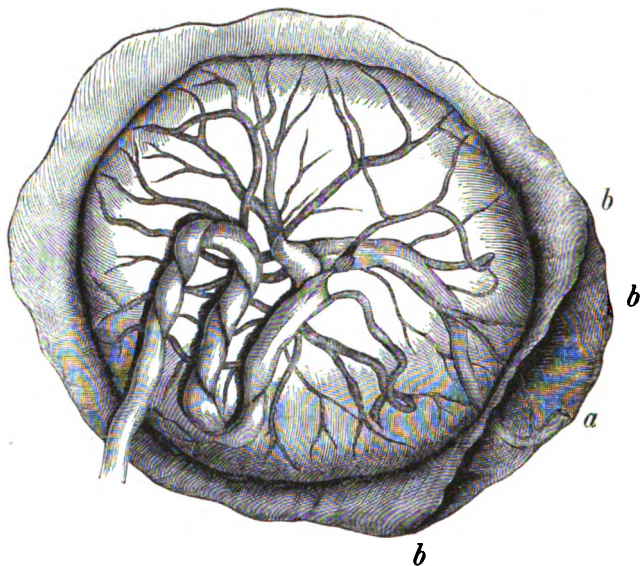
Il n'y a pas de traces d'autres os.

Les os volumineux sont bien ossifiés; les petits, notamment ceux du pied, ne le sont pas encore; les épiphyses, non soudées, sont grosses.

Nerfs. — La moelle est réduite à un mince filet d'où partent les nerfs de chaque côté. Les nerfs lombaires et sacrés existent seuls, ils forment des plexus, comme à l'ordinaire. Le nerf crural est volumineux et suit le trajet de l'artère fémorale; placé à sa partie externe, il se subdivise à mesure que celle-ci émet des branches et fournit aux muscles de la partie antérieure de la cuisse. Le nerf sciatique est aussi très-développé, après un trajet à peu près normal, il se rend aux muscles de la partie postérieure de la cuisse, de la jambe et du pied.

Description du placenta. — Cet organe de forme régulièrement arrondie pèse 380 grammes. — Examiné du côté de la face fœtale, il ne présente de prime abord qu'une seule poche, et les larges lambeaux de membranes qui

restent prouvent qu'elle a dû être plus volumineuse que d'habitude. (On n'a pas oublié qu'un certain degré d'hydramnios avait été constaté.)



bb. Poche où était le petit monstre. — *a*. Veine qui amenait le sang à cet acéphalien.

Au centre s'insère un cordon assez long et du volume du petit doigt. Comme d'habitude, il est composé de deux artères et d'une veine. Ces vaisseaux ne se dissocient qu'en touchant la masse placentaire. La face utérine présente des cotylédons volumineux profondément divisés en plusieurs points, probablement au moment de la délivrance. A part ce détail tout y est régulier. C'est dans cette poche principale que se trouvait le fœtus bien conformé. Le petit monstre était renfermé dans une seconde poche accessoire (*bb*) complètement isolée de la première et uniquement formée par un second amnios accolé au premier en dedans et répondant au chorion en dehors, de sorte que cette dernière membrane unique enveloppait les deux amnios, en contact avec celui de la poche principale dans une grande étendue et sur un point très-restreint avec celui qui formait la petite poche. Entre le chorion commun aux deux cavités et l'amnios qui entourait le monstre, se trouvent deux vaisseaux, une très-petite artère et une grosse veine. Cette dernière (*a*) a le volume d'une petite plume d'oie; l'artère d'une finesse extrême avait à peine un demi-millimètre de diamètre. Ces deux vaisseaux, après un trajet de 5 centimètres sur la surface de l'amnios, s'en isolent ensuite de manière à former un cordon ombilical très-grêle, de 3 centimètres de longueur, allant se terminer à l'ombilic du fœtus monstrueux.

Une injection poussée dans la veine de ce petit cordon avec l'appareil de M. le Dr Latteux, pénétra rapidement dans toute la masse placentaire et

s'échappa par le gros cordon qu'on avait négligé de lier. Une ligature dut être appliquée et l'injection réussit à merveille.

Il fut alors facile de voir que la veine du petit cordon par laquelle l'injection avait été poussée n'était qu'une des principales divisions du gros cordon de l'enfant vivant. Quant à l'artère, elle était si petite qu'elle devait ramener une bien faible quantité de sang de l'enfant vers le placenta. Elle n'a pu être suivie jusqu'à l'iliaque qui devait la fournir.

DEPAUL.

Kyste uniloculaire de l'ovaire pris pour une grossesse avec dégénérescence vésiculaire des extrémités des villosités choriales.

La nommée X..., couchée au n° 11, entrée le 2 février, apportait une lettre d'un médecin distingué qu'elle avait consulté la veille et qui émettait l'opinion qu'il s'agissait d'une môle hydatiforme ou vésiculaire. Cette femme est âgée de 34 ans, de bonne constitution et n'a jamais eu d'enfants. Les règles, qui ont apparu à l'âge de 14 ans, reviennent irrégulièrement tous les quinze à dix-huit jours; néanmoins cet écoulement menstruel abondant ne la fatigue pas, aussi travaille-t-elle assidûment, dans une blanchisserie pendant l'hiver et aux champs pendant l'été.

Voici ce que cette femme, qui est intelligente et explique très-bien tout ce qu'elle éprouve, raconte sur la marche de sa maladie. Elle reporte au commencement de mai l'époque où elle s'est aperçue que son ventre commençait à grossir; il est cependant probable que la maladie a dû commencer à une époque un peu plus éloignée: elle se crut enceinte, et comme elle n'éprouvait aucun malaise elle continua à s'adonner à ses occupations comme auparavant. Cependant le volume du ventre augmentait assez rapidement et les règles continuaient toujours; trouvant que cela n'était pas naturel, la malade consulta deux médecins qui affirmèrent qu'elle était bien réellement enceinte. C'est dans ces conditions qu'elle vint à la Clinique consulter M. Depaul sur ce que sa grossesse présentait d'anormal.

Voici maintenant sur quels signes s'est fondé le professeur pour établir le diagnostic qu'il n'hésita pas à porter (kyste de l'ovaire). La tumeur abdominale, régulièrement arrondie, est très-volumineuse. Elle s'étend transversalement d'un flanc à l'autre et les remplit; en haut elle repousse le foie et s'élève dans le creux épigastrique très-près de l'appendice xiphoïde. La circonférence, prise au niveau de l'ombilic, mesure 106 centimètres. La peau est fortement tendue, la cicatrice ombilicale n'est pas enfoncée, elle est de niveau avec les parties environnantes; la circulation superficielle est gênée, aussi voit-on de nombreuses arborisations bleuâtres résultant de la stase sanguine dans les veines dilatées. Il n'y a aucune coloration brune ni sur le trajet de la ligne blanche ni au pourtour de l'ombilic.

Par la palpation, on sent nettement une poche parfaitement limitée, remplie de liquide, qui donne une sensation de fluctuation manifeste dans toute son étendue, cette fluctuation est superficielle et profonde; il est impossible d'atteindre aucune partie fœtale. Enfin par le palper on ne peut faire nôtre et percevoir aucune contraction utérine, ce qui ne manquerait pas de

se produire, comme M. Depaul l'a établi il y a longtemps, si la tumeur était intra-utérine. Cette tumeur, du reste, conserve sa forme et ses rapports quelle que soit la position qu'on fasse prendre à la femme.

L'auscultation ne donne que des signes négatifs. De la vulve s'écoule depuis quatre jours un liquide peu abondant, sanguinolent, analogue à celui que cette femme perd à toutes ses époques menstruelles.

Par le toucher, on trouve en arrière, dans le cul-de-sac péritonéal, un prolongement de la tumeur qui descend assez bas dans l'excavation et refoule fortement en arrière et à droite le col de la matrice. En maintenant le doigt sur ce prolongement et en imprimant un petit choc sur la partie supérieure de l'abdomen, on provoque une fluctuation des plus manifestes.

Le col de l'utérus, déplacé comme nous venons de le dire, en avant et à droite, n'est pas hypertrophié, comme il l'est si communément dans les premiers mois de la gestation, il est consistant, ferme et ne présente pas la moindre trace de ramollissement. L'orifice offre les caractères de celui d'une femme qui n'a pas eu d'enfants; il se présente sous la forme d'une petite fente qui admet à peine l'extrémité du doigt. En un mot, le col n'offre aucune des modifications qu'il subit pendant la grossesse.

Depuis six semaines, un œdème considérable a envahi d'abord les jambes, ensuite les cuisses et la région lombaire; les parties génitales qui avaient participé à cette enflure en sont débarrassées aujourd'hui. La respiration est un peu gênée par le refoulement du diaphragme. Les fonctions de la digestion s'exercent bien, cependant il faut noter une grande difficulté pour aller à la garde-robe, et des coliques assez nombreuses. La sécrétion et l'excrétion urinaire n'offrent rien de particulier. Aucune modification du côté des seins.

Après cet examen et la constatation des phénomènes dont il vient d'être question, M. Depaul s'est demandé si cette tumeur est formée par l'utérus, ou si elle est indépendante de cet organe.

Dans le premier cas, est-ce une grossesse ordinaire, une môle vésiculaire ou bien un hydramnios?

Ce n'est pas une grossesse ordinaire, car le volume du ventre, déjà considérable depuis trois ou quatre mois, est de beaucoup supérieur à ce qu'il devrait être, en admettant même une grossesse gemellaire. Les seins n'ont subi aucune modification. Il n'y a aucune coloration brune sur le trajet de la ligne blanche; enfin les règles persistent, ce qui est bien rare dans la grossesse utérine. Par le palper, on constate qu'il s'agit d'une poche à contenu liquide et véritablement distendue. On y détermine une fluctuation superficielle et profonde, et cela est loin d'être commun dans la grossesse, à moins qu'il n'y ait exagération dans la quantité du liquide amniotique. Par le palper intentionnellement répété, on ne provoque pas des contractions dans la tumeur et un durcissement plus grand, ce qui est à peu près constant quand il s'agit de l'utérus. Enfin, par le toucher, on s'assure que le col n'a subi aucune modification et qu'il est refoulé en avant par une tumeur qui lui est étrangère. Aussi le professeur n'hésite-t-il pas à repousser l'idée que la tumeur soit formée par l'utérus distendu par une grossesse normale. A son avis, ce n'est pas non plus une môle vésiculaire. Dans cette altération spéciale de l'œuf, la tumeur est volumineuse, tendue comme ici,

mais le développement en est plus saccadé, moins progressif, et ne demande pas un temps aussi long pour arriver à son dernier degré. En outre, l'écoulement qui se produit est séro-sanguinolent, tandis que chez notre malade le liquide qui s'écoule est du sang à peu près pur, analogue au sang menstruel. Ici encore, pour écarter l'idée d'une grossesse dégénérée, il faut tenir compte de l'absence de toute modification du côté du col et de la tension qui est toujours la même dans la tumeur, malgré les manipulations extérieures qui ne parviennent pas à la modifier. Répétons enfin que les règles persistent. Mêmes objections pour écarter la supposition d'une grossesse compliquée d'hydropisie de l'amnios. L'accumulation du liquide, en outre, ne met pas un temps aussi long à se produire. En quelques mois, en général, elle a acquis son plus haut degré, etc.

D'après M. Depaul, cette tumeur est absolument étrangère à l'utérus.

On peut dire encore que ce n'est pas une grossesse extra-utérine, même avec exagération de liquide amniotique, car cette dernière particularité est extrêmement rare. Il y a, d'ailleurs, dans la grossesse extra-utérine comme dans l'intra-utérine, des modifications plus ou moins accentuées du côté du col, mais toujours reconnaissables. Quant à la suppression des règles, on la constate dans l'immense majorité des cas. Il n'y a pas à discuter pour savoir s'il ne s'agit pas d'un phlegmon du bassin, d'une hématocele, d'un fibrome utérin ou péritonéal. Les signes de ces affections ne ressemblent en rien à ceux que présente la femme que nous avons actuellement sous les yeux.

Une pareille accumulation de liquide dans l'abdomen ne peut guère exister que dans l'ascite ou les kystes de l'ovaire. Or ce n'est pas une ascite, car le liquide est contenu dans une poche spéciale et non répandu dans la cavité péritonéale, ainsi que le prouvent les différentes positions qu'on fait prendre à la malade.

Tout se réunit pour faire admettre un kyste de l'ovaire ; c'est à l'âge de 30 à 40 ans, chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, que ces affections se rencontrent. Le développement de ces tumeurs marche ordinairement avec une certaine lenteur ; elles n'exercent aucune influence sur la forme ou la consistance du col qu'elles déplacent souvent. Elles n'apportent pendant longtemps aucun trouble dans l'apparition régulière des règles, etc. Pour tous ces motifs, M. Depaul n'hésite pas à maintenir le diagnostic porté le premier jour. Toutefois, l'extrême distension de la poche ne permet pas de décider quel est l'ovaire qui lui a donné naissance. Tout au plus en se fondant sur le refoulement du col à droite peut-on supposer que c'est le gauche.

Le 10 février, après un nouvel examen, le professeur pratique la ponction de la tumeur d'où s'écoule huit litres $1/2$ d'un liquide rougeâtre et visqueux dans lequel on distingue très-bien au microscope de nombreux globules sanguins non-déformés. Le palper du ventre permet de s'assurer qu'aucune tumeur solide n'existait dans la cavité abdominale. Le col avait déjà changé de place et tendait à se reporter dans sa situation normale.

Le lendemain 11 février. Un peu de fièvre, 100 pulsations. Peau peu chaude. Respiration bien plus libre. La sécrétion urinaire se fait avec grande abondance. Potages et bouillons.

Le 12 février. Etat général tout à fait bon. Plus de fièvre. Un degré. Le liquide commence à se reproduire. Malgré les observations de M. Depaul, cette femme qui allait tout à fait bien a voulu partir sept jours après la ponction. Peut-être y aura-t-il lieu plus tard à faire une opération plus radicale, mais la malade qui se trouvait très-soulagée n'a voulu entendre parler de rien; elle a promis de revenir si son ventre continuait à grossir.

D^r MARTEL.

Présentation de l'épaule. — Détruncation. — Guérison.

Le 18 février, à 4 heures du matin, on conduit à l'hôpital des Cliniques, la nommée B..., femme P..., journalière, âgée de 25 ans.

Cette femme, bien conformée, ordinairement bien réglée depuis l'âge de 18 ans, a eu déjà trois enfants à terme et une fausse couche de trois mois; les accouchements antérieurs se sont effectués d'une manière tout à fait normale et sans l'intervention d'aucune manœuvre obstétricale. Les règles ont cessé d'apparaître depuis le 10 mai 1874, le volume du ventre indique du reste une grossesse à terme.

Les premières douleurs de l'enfantement se sont déclarées le 17 février à 7 heures du matin. D'abord assez régulières et peu intenses, elles se rapprochèrent et prirent de l'acuité dans la soirée du même jour; une sage-femme fut appelée vers huit heures. Après avoir examiné plusieurs fois, cette sage-femme rompit les membranes et s'apercevant alors de la présentation de l'épaule, fit de nombreuses tentatives de version. Ces manœuvres durèrent, à ce que dit la malade, pendant quatre ou cinq heures; devant l'impossibilité de terminer l'accouchement, un médecin fut appelé, qui, après examen, fit transporter cette femme à la Clinique.

A huit heures du matin, le 18 février, M. Depaul procède à son tour à un examen. L'état général n'est pas très-mauvais, le poulx est cependant assez fréquent (100 poulx), la peau un peu chaude, mais les parties génitales sont peu tuméfiées, ce qui donne à penser que la sage-femme avait fait les tentatives de version d'une manière assez douce; la malade se plaint seulement d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Quant à l'utérus il est fortement rétracté et comme tétanisé. Par le toucher on trouve à la vulve une main que l'on reconnaît être la main droite par la direction du pouce, la face palmaire étant placée du côté de la symphyse pubienne. A quatre ou cinq centimètres dans le vagin on rencontre l'autre main qui était celle qui s'était présentée la première comme nous le verrons bientôt; la présence des deux membres supérieurs s'explique sans aucun doute par les tentatives de version qui avaient eu lieu. Une main avait été entraînée à la place du pied, ce qui prouve combien on doit faire la version d'une manière méthodique, en suivant certaines règles et en ne perdant jamais son sang-froid. L'épaule est trop élevée pour qu'on puisse l'atteindre avec le doigt. Par l'auscultation on entend aucun battement cardiaque, la malade dit, du reste, qu'elle ne sent plus remuer depuis quelque temps.

Après l'avoir endormie, M. Depaul introduit la main gauche et suit la main droite qui fait procidence, croyant que c'est celle qui correspond à l'épaule qui occupe la partie supérieure du bassin; mais il rencontre bien-

tôt le bras gauche tuméfié double de volume, qui conduit à l'épaule correspondante et jusqu'au cou qui se dirige à droite ; c'était donc une position céphalo-latérale droite de l'épaule gauche ou seconde position de l'épaule gauche. Un lacs, étant placé sur la main gauche afin d'attirer la partie qui se présente autant que possible, le professeur entoure avec les doigts de la main gauche le cou du fœtus et incise peu à peu avec les grands ciseaux de M. Dubois la partie antérieure et la colonne vertébrale. Un crochet est ensuite introduit pour tendre les parties molles postérieures ; puis, après avoir sectionné les tissus toujours avec les ciseaux, M. Depaul, continuant à tirer sur le bras, engage facilement le tronc qui est extrait, puis l'index de la main droite ayant été introduit dans la bouche, attire la tête par une des extrémités de son grand diamètre et l'opération est terminée en quelques secondes.

La délivrance a été naturelle ; quant à l'enfant il pesait 2,960 gr.

Nous ne nous étendrons pas sur les suites de couches, elles ont été tout à fait naturelles.

La femme quitte l'hôpital quinze jours après l'accouchement en parfait état de santé.

D^r MARTEL.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. POLAILLON lit l'observation suivante :

Paralyse du bras gauche chez un nouveau-né.

Un enfant mâle, né le 8 janvier à la maternité de Cochin, présentait une paralysie complète du membre supérieur gauche. Cet enfant, très-bien conformé et très-vigoureux, mouvait avec énergie ses autres membres, mais le bras droit restait immobile, et lorsqu'on le soulevait, il retombait inerte le long du corps. La coloration du membre paralysé était semblable à celle du côté sain, la température appréciée avec la main de l'observateur (sans avoir employé un thermomètre) ne présentait pas de modification, et la sensibilité cutanée paraissait diminuée, mais n'était pas complètement abolie.

L'accouchement avait été naturel. La mère, âgée de 23 ans, petite, mais avec un bassin bien conformé, mettait au monde pour la seconde fois. Il n'y avait eu, pendant le travail, aucune traction, aucune manœuvre obstétricale. A un examen minutieux, je ne trouvai sur le corps de cet enfant aucune trace de violence, et en particulier le bras et la partie latérale droite du cou ne présentaient aucune ecchymose ni aucun gonflement. Il n'y avait pas non plus une luxation de l'épaule, qui aurait pu expliquer la distension des nerfs du plexus brachial, et la paralysie consécutive. Cependant cette paralysie a eu, dans mon opinion, une origine traumatique ; l'enfant dont il s'agit était très-volumineux, il pesait *neuf livres* ; la tête s'est dégagée dans la position occipito-iliaque gauche antérieure ; mais en raison de l'étendue du diamètre des épaules, l'épaule postérieure, c'est-à-dire la gauche, n'a pu se dégager qu'après une compression, qui a dû être considérable, au ni-

veau de la partie latérale gauche du cou. Je pense donc que le plexus brachial a été comprimé, et que cette compression qui n'a pas laissé de trace, a été la cause de la paralysie du bras gauche. Chose remarquable, c'est qu'en interrogeant la mère, elle nous apprit que son premier-né était venu au monde avec une paralysie semblable, mais au bras droit.

Dans ce cas, comme dans celui que nous avons eu sous les yeux, la paralysie a été passagère. En effet, vers le troisième jour, l'enfant put exécuter quelques légers mouvements spontanés. Peu à peu, ces mouvements ont acquis plus d'amplitude. Lorsque la mère a voulu sortir de la Maternité, dix jours après l'accouchement, nous avons constaté que la paralysie avait disparu, mais que les mouvements n'avaient pas encore acquis tout à fait la même force que celle qu'ils avaient du côté droit.

On peut diviser la paralysie chez le nouveau-né en deux classes :

La première classe comprend les paralysies qui durent longtemps et sont dues à une lésion du système nerveux.

La seconde classe comprend les paralysies qui disparaissent rapidement et sont dues à des causes traumatiques. Parmi ces causes traumatiques, il faut citer les distensions exercées sur les bras, les compressions du cou ayant eu lieu au passage soit par la fourchette, soit par le pubis; dans ce cas, le volume de l'enfant est généralement considérable. L'application du forceps est souvent aussi une cause de traumatisme amenant des paralysies passagères, paralysie du facial, paralysie de la paupière supérieure. Il n'y a qu'un moyen de diagnostiquer les paralysies traumatiques des paralysies dues à une lésion du système nerveux; ce moyen, c'est la durée de la maladie, courte chez les premières, beaucoup plus longue chez les autres.

M. LUNIER. Il est regrettable qu'on ne puisse pas immédiatement porter sur la paralysie chez le nouveau-né un pronostic favorable et certain et dire aux parents que la maladie disparaîtra en peu de temps.

M. POLAILLON. Il est possible d'annoncer avec certitude le peu de durée de la maladie quand l'enfant est généralement bien portant, quand son volume est considérable et peu en rapport avec la taille de la mère. Un élément de diagnostic favorable est aussi l'égalité parfaite entre le membre paralysé et celui qui ne l'est pas; dans le cas actuel, cette égalité existait.

M. LUNIER. On pourrait joindre, aux symptômes favorables, bonne santé, grosseur, égalité des membres, un autre symptôme : la limitation de la paralysie, qui ne s'étend qu'à un membre, et souvent à une partie de ce membre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX.

Vaccine anormale avec auto-inoculations spontanées.

M. DUMONT-PALLIER présente un jeune enfant qui, vacciné le 29 décembre à l'Académie de médecine, a offert, à partir du quatrième jour, une éruption vaccinale phlycténoïde au niveau des piqûres d'inocu-

lation. Ces phlyctènes se sont étendues régulièrement, en conservant pour centre les piqûres d'inoculation, au point de se rejoindre par leur périphérie.

Le 7 janvier, neuvième jour de l'inoculation, les phlyctènes s'étant crevées, il fut facile de reconnaître sous les phlyctènes *un grand nombre* d'auto-inoculations. Plus tard, l'observation sera donnée avec détails. Aujourd'hui, M. Dumontpallier a voulu mettre sous les yeux de ses collègues un spécimen de vaccine anormale avec auto-inoculations spontanées, et qui s'est opérée du cinquième au neuvième jour de l'inoculation.

Enfin, l'inflammation phlycténoïde donnait une apparence telle à l'éruption vaccinale que, si on eût été fixé sur la marche de cette éruption il eût été possible de se tromper sur sa nature.

M. LABOULBÈNE, à l'occasion de l'intéressante communication faite par M. Dumontpallier, dit avoir observé, alors qu'il était interne de M. Monneret, un fait analogue à ceux qui ont été produits par M. Dumontpallier. Il s'agissait aussi d'un enfant qui, à la suite d'une vaccination régulière, présenta des boutons vaccinaux répandus sur tout le corps, une éruption générale de vaccine. M. Laboulbène communiquera ultérieurement cette observation, ainsi que quelques autres qui présentent avec elle quelque analogie.

M. CHAMPOUILLON a eu récemment l'occasion d'observer chez une petite fille de huit à neuf mois un fait dont l'explication est assez difficile. Cette petite fille ayant été vaccinée, l'une des vésicules du bras gauche prit la forme phlycténoïde, s'ouvrit et donna issue à une petite quantité de liquide qui s'écoula le long du bras ; sur le trajet de ce liquide apparut une éruption vaccinale, et cependant la peau, à ce niveau, était parfaitement intacte.

A cette occasion, M. Champouillon communique un fait d'expérience qui offre un certain intérêt. Il lui est arrivé de pratiquer sur chaque bras du même individu trois piqûres vaccinales, dont deux avec du vaccin ordinaire de bras à bras, et dont une, celle du milieu, avec du virus vaccin mélangé à une petite quantité de silicate de soude. Tandis que les deux premières ont parfaitement pris, la troisième piqûre n'a rien produit. Le silicate de soude n'aurait-il pas coagulé l'albumine du virus vaccin ? C'est là une question à résoudre. M. Champouillon n'a pratiqué qu'une seule fois cette expérience. Il serait intéressant de la renouveler.

M. VIDAL, en 1869, a pratiqué l'expérience suivante :

Un enfant avait été vacciné, la vaccination avait réussi, et le hui-

tième jour M. Vidal, avec ce vaccin, pratiqua sur le même enfant une nouvelle inoculation qui réussit aussi bien que la première, si bien qu'avec ce nouveau vaccin il put pratiquer un certain nombre de vaccinations qui toutes réussirent parfaitement. Ce fait prouve une fois de plus que l'immunité produite par la vaccine à l'égard de la variole n'a lieu qu'à partir du huitième jour ou du neuvième jour.

M. DUMONT-PALLIER fait observer que la communication qu'il a faite à la société comprend deux faits distincts, l'un de vaccine anormale, l'autre d'auto-inoculation vaccinale.

Chez l'enfant qui a présenté cette vaccine anormale, le bouton vaccinal est devenu phlycténoïde le troisième jour, il s'est ouvert le cinquième ou le sixième jour, et le liquide a dû s'écouler en même temps. M. Dumontpallier pense qu'en pareil cas l'inflammation doit être considérée comme la cause déterminante de la nouvelle inoculation chez cet enfant. Sous un seul bouton de la première inoculation, on ne comptait pas moins de trente-cinq boutons d'auto-inoculation. Ce vaccin a pu être suivi sur cinq générations successives. Le premier vaccinifère a été, dans ce cas, un enfant vacciné à l'Académie de médecine. Cet enfant n'a pu être retrouvé.

Quant au fait d'auto-inoculation, il vient à l'appui des expériences tendant à prouver que du cinquième au neuvième jour on peut réinoculer le vaccin sur le même individu et obtenir des résultats allant en décroissant jusqu'au neuvième jour. Ce laps de temps correspond exactement à la durée de la période d'inoculation de la variole.

Beaucoup de médecins ont longtemps considéré la variole et la varicelle comme deux maladies identiques. Trousseau, l'un des premiers, a démontré qu'il n'en est rien, que ces deux affections sont différentes et que l'une ne préserve pas de l'autre. M. Dumontpallier a vacciné des enfants atteints de varicelle et a vu le vaccin prendre tout aussi bien sur ces enfants. Il a vu de même des enfants vaccinés prendre la varicelle.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 3 février 1875.

Le président nouvellement élu, le Dr Overend Priestley, en prenant possession du fauteuil présidentiel, adresse le discours suivant aux membres de cette société :

Messieurs, en prenant place dans cette chaire où votre faveur m'appelle pour la première fois aujourd'hui, je veux exprimer mes remer-

ciments sincères à cette société qui m'accorde une position si distinguée.

Quand il fut question de me nommer à la présidence de la Société obstétricale, je craignis de n'être pas à la hauteur d'une telle responsabilité. Il est vrai que depuis bientôt trente ans, comme professeur d'obstétrique et comme praticien, je puis être considéré comme l'un des anciens dans la profession d'accoucheur, mais d'autres occupations, des considérations de santé me forcèrent de m'abstenir pendant longtemps de prendre part aux travaux de cette société et d'autres dont je fais partie, et certainement je suis moins familier aux modes de procédure que quelques-uns de nos éminents collègues qui ont affronté le feu des discussions scientifiques et qui peuvent aspirer à la présidence comme récompense des services rendus à la société.

Mes objections sur ces différents points furent écartées, et quand je compris qu'il entraînait sérieusement dans les vues du conseil de mettre ma nomination aux voix, je ne crus pas devoir hésiter plus longtemps, et je me soumis aux décisions de la société en acceptant ce qui m'était si spontanément offert. Il me reste à exprimer ma reconnaissance pour l'honneur qui m'est fait, à la fois au conseil qui m'a nommé, et aux membres de la société qui ont ratifié mon élection.

J'ai été l'un des fondateurs de cette société, et l'un de cette petite réunion qui, en 1858, considérèrent comme nécessaire de fonder à Londres une société obstétricale. — J'ai suivi avec le plus grand intérêt son développement depuis son enfance jusqu'à sa maturité, et ses membres peuvent être fiers du succès obtenu. Il n'y a, je crois, en ce pays, aucun exemple semblable d'une société médicale ayant eu un accroissement aussi rapide dans un si court espace de temps que la société obstétricale. Dans le court espace de seize ans, il y eut 700 membres, et la publication des *Transactions* témoigne du nombre considérable de ses travaux et de ceux qui y prennent part.

On a dit que chaque praticien se regardait comme très-expert dans la pratique obstétricale. C'est peut-être une manière de dire que le plus grand nombre des médecins ont dû, dans certains cas de la pratique des accouchements, mettre laborieusement en œuvre toutes leurs ressources, qu'ils ont éprouvé quelquefois la nécessité d'une action immédiate dans un moment périlleux, et que la plupart d'entre eux ont quelques histoires à raconter, quelques souvenirs de difficultés surmontées qui ont laissé peut-être des impressions plus vivaces que dans une autre branche de la médecine. Qu'il en soit ainsi, c'est possible; toujours est-il que le plus grand nombre des médecins dans ce pays est engagé

plus ou moins dans la pratique des accouchements et dans le traitement des maladies des femmes et des enfants, et ce fait même est une des causes de l'intérêt que l'on prend à une société dont l'objet est d'apporter des perfectionnements à l'art obstétrical, et son influence pénètre la masse de nos confrères en proportion de l'importance des choses qui les touchent, et ses productions sont accueillies par ces mêmes confrères parce qu'elles se rapportent à leur travail journalier.

En passant en revue l'histoire de la société qui n'a encore eu qu'une courte durée, je suis persuadé qu'elle a déjà fait beaucoup de bien, et qu'elle a pris une certaine part dans les progrès de la science et de l'art dans cette branche de la médecine qu'on appelle l'obstétrique. Le nombre et la diversité des matières contenues dans les *Transactions*, les exemples nombreux de cas pathologiques, les longues discussions sur des sujets spéciaux prouvent évidemment le zèle déployé par les membres qui habitent Londres et par ceux de la province; quant à la valeur scientifique des sujets traités, cela est démontré par la vente des *Transactions*, et par les traductions fréquentes qui en sont faites dans la littérature médicale étrangère. Qu'il me soit permis de remarquer que, si l'influence de la société par l'exposition de connaissances gynécologiques a grandi non-seulement en dedans mais en dehors, dans la même proportion s'est accrue sa responsabilité. Aussi les membres de cette assemblée devraient apporter la plus grande prudence dans l'exposé de leurs opinions qui, étant publiées, peuvent, quoique involontairement, être la cause de dangereuses erreurs dans la pratique.

J'ai souvent été frappé de l'interprétation bizarre et fausse que l'on donne quelquefois aux opinions d'un auteur qui a cependant pris la peine de bien se faire comprendre et de mettre ses auditeurs en garde contre tout malentendu. A l'université de Londres, dans les examens pour l'obtention des grades médicaux, rien n'est plus commun que de voir attribuer à feu S.-James Simpson la pratique de séparer le placenta dans tous les cas de *placenta prævia*, quand il est bien reconnu par tous ceux qui ont étudié avec soin ses mémoires qu'il recommande seulement cette méthode dans quelques cas rares et embarrassants. Mais, si des erreurs peuvent être publiées par simple malentendu, combien plus encore une pratique dangereuse peut être le résultat d'enseignements qui sont eux-mêmes erronés ou pernicieux. Enoncés sous les auspices de cette société et transportés dans les provinces partout où on lit le compte-rendu de nos séances, les résultats peuvent être désastreux à la fois pour le médecin et la

cliente. Aussi chaque membre doit-il se garder lui et la société contre l'acceptation d'erreurs qui peuvent devenir aussi dangereuses que répandues. Il faut surtout apporter une grande prudence en ce qui touche des opérations qui intéressent ou la vie ou la santé future des malades. Je me hasarde avec quelque défiance à indiquer un ou deux dangers qui existent dans l'état actuel de la science gynécologique. Il est malheureusement dans la nature des choses de voir interpréter d'une manière exagérée une idée ou une méthode nouvelle quand elle vient d'être développée, et l'enthousiasme souvent pousse un homme ardent d'un extrême à l'autre. Parmi les exemples les plus remarquables, qu'il me soit permis d'indiquer celui-ci : quand, dans les accouchements, le forceps devint si parfait que dans des mains habiles il put être employé dans bien des cas dans l'intérêt à la fois de la mère et de l'enfant, et qu'il devint établi que, d'après la règle, il ne fallait pas attendre aussi longtemps pour l'employer qu'on était dans l'habitude de le faire autrefois, quelques patriciens zélés commencèrent à mettre de côté toute précaution, à n'attendre de la nature que le moins possible, et, dans le but de gagner du temps, à recourir à l'instrument de délivrance plus fréquemment qu'il n'était nécessaire. Autre exemple semblable : un praticien ingénieux frappé des services rendus par la version dans quelques présentations de la tête où l'accouchement présentait quelques difficultés, propose maintenant de recourir à la version dans tous les cas de présentation du sommet toutes les fois que le plus petit retard arrivera dans le cours du travail naturel et que les orifices seront suffisamment dilatés.

Dans la branche médicale qui se rapporte aux maladies des femmes, il y a de temps en temps une tendance à donner la prédominance à quelque état pathologique particulier, de façon à exclure complètement, ou simplement à mettre en seconde ligne une autre affection, peut-être tout aussi importante, de l'utérus et de ses annexes.

C'est ainsi qu'à une époque l'ovarite occupait la première place dans les maladies utérines; à une autre période, c'étaient l'inflammation et l'ulcération du col que l'on mettait en première ligne dans la pathologie utérine; et maintenant nous sommes menacés du règne des déplacements utérins, qui attribue la majorité des symptômes des maladies de la matrice aux flexions et aux versions de cet organe; et les malades, influencés sans doute par le courant de l'opinion médicale, ainsi que cela arrive chaque jour dans le cabinet de consultation, se présentent atteints d'une véritable épidémie de déplacements, et s'imaginent que toutes leurs souffrances sont causées par les déplacements

de la matrice, absolument comme à une autre époque les affections de la matrice étaient attribuées à l'ulcération, sans que ni l'une ni l'autre de ces suppositions, peut-être, soit d'accord avec les faits.

L'exposé de vues spéciales en pathologie, si elles sont erronées, entraîne toujours à quelque dommage en déterminant de pernicieuses méthodes de traitement, et diminue notre prestige aux yeux du public et de ceux de nos confrères qui exercent dans d'autres branches de l'art médical. Mais quand les théories portées dans la pratique entraînent des procédés qui peuvent être dangereux dans leurs résultats, soit immédiatement, soit plus tard, ou qui nécessitent de fréquents examens par le vagin, on ne saurait apporter trop de circonspection avant de les adopter.

Imaginez-vous quel aurait été le résultat, si le célèbre professeur, qui pratiqua le premier les incisions sur le col, à cause de dysménorrhée ou de stérilité, eût trouvé beaucoup d'imitateurs, n'ayant pas son génie, et qui se fussent mis à inciser le col dans la plupart des cas de menstruations pénibles ou de désir de progéniture! Figurez-vous ce qui serait arrivé si l'on avait pensé que presque toutes les formes de maladies utérines pouvaient être guéries uniquement par des cautérisations fréquentes et répétées. Ou bien encore, si une grande partie des praticiens avaient eu cette singulière idée que les déplacements de la matrice étaient le point de départ de la plupart des affections utérines, et que les pessaires, de quelque forme qu'ils soient, eussent été considérés comme le seul remède à la fois pour les femmes mariées et pour les célibataires.

Je ne voudrais pas être considéré comme un dépréciateur des travaux de quelques-uns de ces éminents chercheurs qui ont tant fait pour le progrès de nos connaissances des maladies utérines. Il serait injuste de ne pas reconnaître combien nous sommes redevables à leurs consciencieux travaux, et on est bien tenté de donner la prépondérance aux sujets qui ont tellement occupé l'attention et donné tant de peine dans les recherches qu'ils ont nécessitées. Mais je désire réserver l'acceptation de telle ou telle idée ou théorie, qui, si elle passe à l'état de marotte, peut devenir un empêchement pour l'établissement d'une plus large et plus compréhensible pathologie utérine, et peut, par hasard, conduire à des méthodes de traitements empiriques et dangereux. L'esprit préoccupé d'une seule idée n'est capable d'exercer ses recherches que dans les limites de cette idée, et peut alors négliger ou ignorer des choses plus importantes, mais placées en dehors du cercle dans lequel on se trouve alors. Dans un art expérimental comme le

nôtre, la pratique marche à travers des phases et des modes variables, selon les principes qui prévalent en pathologie et en thérapeutique; et nous ne sommes pas les seuls obligés à respecter la situation. La médecine a eu des phases de saignées, vésicatoires, traitement antiphlogistique, suivies par la méthode diamétralement opposée des stimulants. Le traitement par le mercure a eu ses beaux jours, auxquels a succédé une méthode anti-mercurielle, et ainsi de suite.

L'homme scientifique est quelquefois obligé de se renfermer en lui-même, et de ne pas se laisser entraîner par quelque suggestion en dehors des sentiers battus. Ceci me paraît une obligation inutile en ce qui touche notre propre profession. Ses membres ont tout ce qu'il faut pour accepter de nouveaux accroissements de ses ressources, pourvu que les choses nouvelles ainsi annoncées présentent une suffisante évidence de sincérité. Le danger, peut-être, est dans une disposition opposée. Les récents et rapides progrès dans les sciences médicales ont élevé trop haut la doctrine de l'expectation, et ont pendant quelque temps favorisé une trop facile acceptation de nouveautés; aussi des expériences postérieures ont obligé à déprécier ces nouveaux perfectionnements.

Il m'a semblé, en passant une revue générale de notre état scientifique et en pesant exactement notre position, que le mouvement donné les dernières années par quelques admirables travailleurs, à la chirurgie utérine, avait fait pencher la balance beaucoup trop du côté chirurgical et que les méthodes de traitement par des opérations ont abaissé indûment et non sans danger les considérations purement médicales dans les maladies utérines.

Il est essentiel, dans le propre intérêt de notre art, en même temps que nous prêtons une oreille attentive à chaque suggestion de perfectionnement, de rester en action conservateurs, dans la rigoureuse acception de ce terme, surtout quand l'intervention peut faire plus de mal que de bien. Je n'ai pas besoin de rappeler à ceux qui les connaissent les dangers qui menacent les opérateurs dans la pratique des accouchements, ni les raisons qui conduisent le praticien prudent à s'abstenir de toute intervention, excepté quand il y a nécessité absolue. L'axiome connu sur « *Meddlesome Midwifery* », est aussi vrai aujourd'hui qu'autrefois. L'expérience a prouvé surabondamment que même la moindre opération sur l'utérus, hors de la grossesse, ne peut être considérée avec la même immunité qu'une opération semblable dans la chirurgie des parties externes. Une simple émission, l'ablation d'un polype, une injection intra-utérine, l'introduction d'un pessaire intra-

utérin, sont quelquefois suivis de symptômes graves, qui, dans quelques cas, se sont terminés par la mort de la malade, ou par une péritonite qui laisse l'appareil génital malade pour toujours.

On voit souvent un jeune gynécologue se lancer avec ardeur dans les opérations, qui, pense-t-il, doivent remplacer les méthodes de traitement, plus lentes et plus prudentes. Mais, avant peu, il s'aperçoit que la moindre opération ne peut-être laissée au hasard, et, s'il a quelque souci du bien de ses malades, il devient plus vite conservateur qu'il ne devient vieux. Il est vrai que nous avons assisté à de grandes œuvres accomplies dans la chirurgie gynécologique avec un courage indomptable et des peines infinies, en face de grands périls. Je ne connais rien de plus remarquable, en ce sens que les succès que notre distingué confrère Spencer Wells et, après lui, le D^r Thomas Keith ont obtenu dans l'opération de l'ovariotomie. Mais on doit se rappeler que cette opération a été entreprise et consommée pour arrêter les progrès d'une maladie qui, avant longtemps, se serait terminée par la mort. Les risques encourus sont en rapport direct avec le péril qui menaçait la malade avant l'opération; mais ceci ne saurait être comparé à ces opérations hasardeuses faites pour enlever quelques moindres souffrances ou pour guérir une femme stérile, d'ailleurs en parfaite santé. Ainsi, tandis qu'un gynécologue sagace et prudent ne doit reculer devant rien pour le bien définitif de sa malade, il ne doit pas se laisser charmer par une opération nouvelle ou aventureuse, sans preuve suffisante de sa nécessité, de son efficacité et d'une certaine sécurité, et sans avoir bien considéré si une autre opération moins dangereuse ne conduirait pas au même résultat. De plus, il doit peser toutes ses ressources, aussi bien dans le diagnostic que dans le traitement. Celui, par exemple, qui emploie la sonde utérine sans s'assurer si l'ensemble des circonstances est suffisant pour lever quelque doute, inflige certainement à sa malade une certaine somme de douleur et de tourments, sans en tirer un bien grand avantage. La même observation peut s'appliquer, jusqu'à un certain point, à l'emploi du spéculum, et sans vouloir à ce sujet établir une règle absolue, qu'il me soit permis de dire que la méthode de traitement des affections utérines (toujours en considérant la chose comme nécessaire) qui se recommande le plus promptement est celle qui n'entraîne pas à de trop fréquents examens par le vagin.

Cette société, constituée comme elle l'est, et contenant dans son sein d'éminents professeurs d'obstétrique et des praticiens distingués, doit agir comme modérateur quand des idées nouvelles sont propo-

sées sur des matières de sa compétence. Elle doit accueillir avec faveur et encourager toute bonne innovation qui joint à une amélioration une sûreté comparative, elle doit imposer, pour ainsi dire, sa valeur véritable et son importance, et ses décisions devront commander le respect, en proportion du soin et de la prudence de ses délibérations.

A ce point de vue, je considère la position du président comme ayant une haute responsabilité, et ce n'est pas sans une certaine défiance de moi-même que je considère la charge que vous m'avez confiée. Je dois donc me reposer sur votre indulgence, et j'espère qu'en conservant une stricte impartialité j'obtiendrai votre approbation. En même temps, je guiderai vos débats avec sagesse et jugement.

Si la société a déjà beaucoup fait, elle a encore beaucoup à faire. Outre l'amoncellement des observations précieuses fournies par l'expérience, il y a de nombreux et intéressants sujets de recherches qui peuvent faire la réputation des membres qui se sentent de l'aptitude pour ce genre de travail. Il y a encore des mines inépuisables d'investigations, qui n'ont été que très-partiellement explorées et qui récompenseront amplement du temps employé à ce sujet. Prenez, par exemple, les maladies du placenta; malgré les travaux de Simpson, Barnes et d'autres, il reste encore beaucoup de choses à apprendre. Le sujet tout entier de la mort du fœtus dans le sein maternel, comprenant la pathologie, les causes et le traitement préventif de l'avortement, ainsi que la mort du fœtus dans les derniers mois de la grossesse; c'est un sujet plein d'intérêt et qui offre un vaste champ de recherches.

Prenez ensuite le sujet de la septicémie ou de l'empoisonnement du sang. Combien nous connaissons peu de choses hors des conjectures qui sont faites à ce sujet! Combien nous connaissons peu la nature ou l'origine du poison lui-même! Combien cependant les résultats sont sérieux, et combien le plus éclairé de nous se trouve sans secours pour le combattre, quand il est amplement développé! Assurément, avec une expérimentation attentive, combinée à l'analyse chimique, on peut faire quelque chose pour élucider ce sujet, pour aider à prévenir ce poison ou pour diminuer ses effets.

Un objet d'un grand intérêt pratique, sur lequel de nouvelles informations sont nécessaires, a été confié à un comité d'observateurs capables, nommé par la société pour établir des recherches et faire un rapport à ce sujet; je veux parler de la transfusion. Le rapport est, m'a-t-on dit, à peu près terminé, et quand il sera présenté, il serait désirable qu'une soirée spéciale lui soit consacrée, afin que les membres puissent donner leurs opinions, et faire part de leur expérience

sur ce sujet général de la transfusion, et sur sa valeur dans la pratique actuelle.

Un de vos présidents a appelé l'attention sur le nombre relativement faible des travaux de la société sur la pathologie de l'enfance. Je pense également que c'est là un oubli regrettable. Les maladies des jeunes enfants sont communément regardées comme faisant partie du domaine obstétrical, et leur traitement tient une si grande et si importante place dans la pratique de chaque docteur qu'on doit désirer de voir une étude faite avec soin et d'une manière constante chaque fois que la chose peut présenter quelque utilité. Il est parfaitement reconnu que par suite de certains détails anatomiques et physiologiques, les enfants sont sujets à des maladies qui diffèrent, sur bien des points, de celles des adultes, et surtout au point de vue de leur anatomie pathologique. S'ils sont atteints de la même affection que l'adulte, le mal commun aux deux âges peut, par suite du jeune âge du malade, être modifié dans sa marche, être accompagné d'autres symptômes et de complications, et peut-être se terminer d'une autre manière. Des procédés dans la recherche des maladies des enfants particuliers de diagnostic ont été employés, et une thérapeutique spéciale est suivie dans leur traitement.

Par suite de l'importance de ce sujet, j'espère que les membres de cette société apporteront devant nous un plus grand nombre de communications sur la pathologie de l'enfance, et je pense que les rapports en pourront être lus dans le prochain volume des « *Transactions obstétricales*. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Menton, sous le rapport climatologique et médical, par le Dr J.-F. FARINA. Paris, 1 vol in-12. Chez Doin, place de l'École-de-Médecine, 2, rue Antoine-Dubois. Prix. 2 fr 50

Les Lois de la Génération, sexualité et conception, par H.-M. GOURRIER. Paris, 1 vol. in-12. Chez J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille. Prix. 2 fr.

De l'Onanisme, causes, dangers, remèdes, par le Dr H. FOURNIER. Paris, 1 vol. in-12. Chez J.-B. Baillièrre, rue Hautefeuille. Prix. 1 fr. 50

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

DE LA
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE PÉRITONÉALE
DE SON DIAGNOSTIC ET DE SON TRAITEMENT.

(7^e ARTICLE) (1).

Pronostic. — Quoique sérieux, ce pronostic est bien moins grave que celui que comporte la grossesse tubaire. Il est rare, en effet, que celle-ci dure au-delà des deux ou trois premiers mois, et ne se termine pas dans cette période par la rupture de la trompe qui entraîne une mort rapide par hémorrhagie ou par péritonite. La grossesse péritonéale, au contraire, peut bien entraîner les mêmes conséquences, mais cela est exceptionnel, et les choses marchent habituellement d'une toute autre manière. Cette variété de la grossesse extra-utérine produit presque toujours dans l'origine des phénomènes inflammatoires du côté de la portion du péritoine qui se trouve en rapport avec l'ovule. A ces inflammations plus ou moins répétées et plus ou moins vives succède ordinairement un calme relatif. Il n'est même pas rare que l'état général devienne complètement bon pendant une assez longue période.

(1) Voir les numéros de janvier, février, mai, juin et septembre 1874, et février 1875.

Mais, quand vient le terme de la grossesse, quelquefois avant, et en tout cas à l'occasion de la mort de l'enfant qui est inévitable, de nouvelles explosions inflammatoires se produisent, et il n'est pas impossible qu'elles fassent mourir rapidement les femmes. Habituellement la marche de cette complication est beaucoup plus lente et laisse à la nature ou à la chirurgie la possibilité de préparer des moyens de guérison dont bénéficient un certain nombre de malades. Le liquide que renferme le kyste peut se résorber, le fœtus se momifier en quelque sorte, les parois du kyste subir des transformations crétacées plus ou moins complètes, et en définitive la tumeur, après avoir considérablement diminué, demeurer dans la cavité abdominale pendant dix, quinze, vingt, trente ans et même davantage, en laissant les femmes vaquer à toutes leurs occupations et jouir d'une santé complète. Dans d'autres cas, l'inflammation qui s'est emparée du kyste peut s'étendre aux parties voisines. Un travail ulcératif s'établit, et la poche s'ouvre, soit à travers les parois de l'abdomen, soit dans une portion du tube digestif, soit dans la vessie, soit dans le vagin. On peut admettre d'une manière générale que les dangers sont d'autant plus grands que le fœtus et le placenta sont volumineux, et que, par conséquent, la grossesse extra-utérine s'est rapprochée davantage du terme normal des grossesses ordinaires, ou l'a même dépassé. Plus la masse soumise à la fermentation putride est considérable, plus l'organisme aura la chance d'être infecté. Rien n'égale la fétilité des matières contenues dans les kystes qui nous occupent. La putréfaction du placenta, en particulier, est quelque chose d'horrible. Tous ceux qui ont fait des gastrotomies, dans ces conditions, savent bien que je n'exagère rien.

On s'est demandé quelle était, parmi les diverses voies d'élimination que la nature emploie pour se débarrasser, celle qui donnait les meilleurs résultats. Il ressort d'une statistique dressée par M. Puech que sur 69 cas dans lesquels le kyste s'est ouvert dans l'intestin, la guérison a eu lieu 44 fois; que sur 23 observations dans lesquelles on voit que la communication s'est établie avec le vagin, un résultat favorable a été constaté 18 fois, qu'on a vu 14 guérisons survenir sur 17 cas dans lesquels le kyste s'était mis en communication avec la vessie, et qu'enfin 40 fois les femmes avaient été sauvées, sur 46 chez lesquelles la paroi abdominale avait été la voie de l'élimination spontanée. S'il était permis de tirer des conclusions rigoureuses des faits que je viens de rappeler, on serait conduit à penser que de toutes ces terminaisons la plus désirable est celle dans laquelle

le kyste s'ouvre à travers les parois abdominales. Puis viendrait l'élimination par le vagin. Celle par l'intestin n'occuperait que le troisième rang, quoique ce soit celle qu'on observe souvent. Quant à moi, je n'ai jamais vu d'élimination se faire par les parois du ventre, mais il m'a été donné d'en observer deux par le vagin et deux par le rectum, et dans ces 4 cas, la guérison fut observée ; je comprends toutefois que le trajet soit plus simple et plus court par l'enveloppe abdominale, qui est d'ailleurs plus accessible à certains moyens chirurgicaux qui peuvent hâter, dans une certaine mesure, les efforts naturels. Quoi qu'il en soit de ces divers modes de terminaison, ils comportent tous un travail long, pénible et souvent dangereux. Sur 132 cas réunis par M. Becker, les diverses éliminations ont donné 76 guérisons. La statistique de M. Puech fournit des résultats plus favorables, puisque sur 189 observations, on a noté 136 guérisons. Il ressort également de l'examen de tous ces faits que les succès sont d'autant plus nombreux que le fœtus a vécu moins longtemps dans le kyste extra-utérin.

Traitement.—Les différentes indications que peut faire surgir le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine sont extrêmement variables, et on peut dire que chaque cas crée des conditions spéciales qui ont conduit les chirurgiens à proposer et à mettre en usage des méthodes très-diverses. Il convient d'abord d'établir une division qui est tracée par les faits tels qu'ils se présentent dans la pratique : 1° la femme pour laquelle on est consulté est dans le cours des quatre ou cinq premiers mois de cette grossesse insolite ; 2° elle a dépassé cette première période et elle est arrivée plus ou moins près du terme normal de la grossesse, parfois même elle l'a dépassé.

Je vais rapidement passer en revue ce que doit ou ce que peut être l'intervention du chirurgien dans le cours de ces deux périodes.

1° Du traitement de la grossesse extra-utérine en général pendant les quatre ou cinq premiers mois, et de ce qui, sous ce rapport, se rattache directement à la grossesse péritonéale.

Je me suis déjà expliqué sur les différentes espèces de grossesse extra-utérine admises sans preuves suffisantes et fondées uniquement sur des vues théoriques que l'examen anatomique des faits est loin de justifier. Aussi dès le début de ce travail, après quelques considérations générales auxquelles j'ai dû me livrer, j'ai été conduit à les

rattacher toutes à deux classes principales : les grossesses tubaires et les grossesses péritonéales primitives ou secondaires. Cette division, conforme à ce que m'a appris mon expérience personnelle aussi bien que l'étude des faits publiés par les auteurs, est celle qui avait été déjà adoptée par le professeur Stoltz dans le nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (article *Grossesse*.)

J'ai rappelé également, en m'occupant du diagnostic de la grossesse extra-utérine péritonéale, combien celui de la grossesse extra-utérine en général était difficile dans cette première période. On comprend dès lors combien les ressources de la thérapeutique doivent être limitées dans les cas dans lesquels on ne sait pas encore d'une manière positive s'il y a une grossesse quelconque. Il est plus que probable que les moyens qui ont été mis en usage dans quelques-unes de ces conditions ont été appliqués à des tumeurs qui n'avaient pas un œuf fécondé pour origine.

Ces réserves faites, je vais passer rapidement en revue les divers modes d'intervention qui ont été conseillés. Ils se ressemblent tous par leur but final qui est d'enrayer la marche de la grossesse insolite qu'on suppose exister. M. le D^r Keller les a très-bien résumés dans son intéressant travail publié en 1872.

a) Pour arriver à ce résultat et pour obtenir ce qu'on appelé un *avortement interne*, Von-Rigten (1) a conseillé de soumettre la femme à une diète très-sévère et de l'affaiblir encore en lui administrant chaque jour des sels purgatifs et des pilules d'ergot de seigle. L'observation qu'il a publiée pour montrer les avantages de cette méthode est loin d'être concluante. On sait aujourd'hui que le régime débilitant peut bien diminuer le développement du produit de la conception, mais qu'il est incapable de le faire périr, à moins de le porter jusqu'à des limites que la prudence ne permettrait pas d'atteindre dans l'intérêt des femmes. Quant au seigle ergoté, quelle action pourrait-il exercer sur les parois d'un kyste qui n'ont rien de musculaire ?

b) Divers praticiens ont conseillé ou exécuté la ponction du kyste fœtal avec le trocart. Ils se sont proposé de déterminer la mort du fœtus par l'évacuation du liquide amniotique. Si on en juge par quelques observations qui ont été publiées, le procédé n'agirait pas sans faire courir aux femmes de très-sérieux dangers. Dans un cas de gros-

(1) *Neue Zeit. für geb.*, 1860, t. IX, 206.

sesse péritonéale parvenue à deux mois et demi, le Dr Martin (1) fit une ponction exploratrice à travers les parois abdominales. Un épanchement de sang se fit dans la cavité du ventre et la femme succomba.

Simpson (2) et Braxton-Hicks (3) n'ont pas été plus heureux dans deux autres cas, quoique la ponction eût été faite par le vagin. Il est juste de dire cependant que chez la malade opérée par le premier, la grossesse avait déjà atteint cinq mois et demi, et que chez celle ponctionnée par le second, une rupture spontanée du kyste avait précédé l'opération. D'un autre côté, le Dr Greenlagh (4) a donné la relation d'un cas dans lequel une ponction pratiquée par le vagin à l'aide d'un trocart très-fin dans une grossesse de deux mois et demi amena la cessation rapide de douleurs abdominales très-intenses, et fut suivie de la guérison très-prompote.

S'agissait-il bien dans tous ces cas de grossesses extra-utérines ? Car je le demande encore une fois, est-il possible d'établir un diagnostic rigoureux, quand on parle d'une gestation qu'on estime à deux mois et demi ? Peut-être cependant, avec les perfectionnements que de nos jours on a apportés aux ponctions exploratrices, pourrait-on avec moins de témérité recourir à une pareille méthode ; mais il faut bien en convenir, l'expérience n'a pas encore prononcé sous ce rapport.

c) Frappé sans doute des résultats défavorables qui avaient été la conséquence de la ponction du kyste et de l'évacuation du liquide qu'il renfermait, Joulin (5) conçut l'idée de modifier la méthode et proposa de tuer le fœtus en le mettant en contact avec une certaine quantité de morphine ou de strychnine incapable de faire courir à la mère aucun danger sérieux ; voici comment il s'explique à cet égard : « Une grossesse extra-utérine étant diagnostiquée, son siège précis est inconnu ; mais la tumeur est accessible par le toucher. On en circonscrit la surface, on la fixe en la rapprochant autant que possible de la paroi abdominale ; puis, au moyen d'un trocart capillaire, on pénètre dans son intérieur, et on fait avec la seringue de Pravaz une injection d'un centigramme d'atropine délayée dans quelques gouttes d'eau.

« Il peut arriver deux choses : ou l'alcaloïde a pénétré dans le fœtus

(1) Bulletin de la Société anatomique, 1855.

(2) *Edimb. Journal*, mars 1860.

(3) *Obstetric. Transact.* VII, 1869.

(4) *Lancet*, 23 mai 1867.

(5) Causes de dystocie provenant du fœtus (thèse d'agrégation).

et la mort est presque immédiate, ou il a pénétré dans les liquides de l'œuf, et il est possible alors, bien qu'il n'existe pas un échange actif entre le liquide amniotique et le fœtus, qu'il y ait cependant une absorption suffisante pour déterminer la mort. En cas d'insuccès, on réitérera l'opération jusqu'à ce que le trocart touche le fœtus.

« Cette injection ne peut avoir aucune action nuisible pour la mère, par cette raison que le liquide amniotique ne rentre que d'une manière lente dans l'organisme maternel, et l'alcaloïde serait absorbé par fractions tellement faibles qu'il serait impossible qu'il en résultât pour elle le moindre risque. »

Quoique Joulin n'ait jamais eu l'occasion d'appliquer cette ingénieuse conception de son esprit, il serait injuste de ne pas lui rapporter l'honneur de ce procédé qui depuis a été appliqué avec succès. Peu de temps après qu'il l'eût proposé, M. Friedereich (4) le mit en pratique pour une tumeur située dans la fosse iliaque droite, et qu'il diagnostiqua être une grossesse extra-utérine de trois à quatre semaines. Il fit par le vagin 4 injections de 5 à 10 milligrammes de morphine chacune. La malade se rétablit complètement en très-peu de temps. M. Keller nous a dit, non sans quelque raison, qu'on a mis en doute la réalité de la grossesse extra-utérine. La tumeur avait le volume d'une orange, et on avait trouvé que c'était un peu gros pour une grossesse de trois à quatre semaines.

Voici un autre fait qui est plus probant, et que M. Keller a emprunté à la pratique de M. Kœberlé : « La grossesse était au deuxième ou au troisième mois; la tumeur siégeait du côté gauche et occupait la fosse iliaque dans une étendue d'environ 15 centimètres. La malade souffrait beaucoup et l'état général se détériorait notablement. M. Kœberlé fit une ponction au-dessus du ligament de Fallope avec un fin trocart; il s'écoula une certaine quantité d'eau de l'amnios. Puis il pratiqua une injection de chlorhydrate de morphine. Il est à présumer que l'instrument avait rencontré des insertions placentaires; car, en le retirant, il s'écoula du sang et il y eut une hémorrhagie assez forte, malgré la compression soigneuse qui fut exercée sur la tumeur. Il y eut même une assez forte suffusion de sang dans les parois abdominales. Malgré cela, les douleurs disparurent aussitôt après l'opération, la tumeur diminua rapidement, et la malade se rétablit complètement. »

(4) *Virchow's Abhandl.* 29, 1864.

Quoique l'observation de M. Kœberlé parle en faveur de la méthode dont il est question, celle-ci est encore d'origine trop récente quant à son application, pour qu'on puisse porter sur elle un jugement définitif. Un fait seul paraît bien établi, c'est qu'avec des injections narcotiques on peut tuer le fœtus; mais on serait dans l'erreur si on supposait que tout danger est conjuré quand ce résultat a été obtenu. A ce point de vue, l'observation qui suit est de nature à modérer un peu l'enthousiasme de ceux qui pensent qu'on a tout fait quand on a enrayé la marche de la grossesse extra-utérine; on verra qu'il faut compter encore avec les accidents inflammatoires qui peuvent survenir. Je sais bien qu'on objectera qu'ici la grossesse était beaucoup plus avancée, puisqu'elle était parvenue à cinq mois et demi, six mois; à cela, on peut répondre qu'un mois ou six semaines de moins diminueraient probablement un peu les chances défavorables, mais rien ne permet d'affirmer qu'elles disparaîtraient complètement. D'ailleurs, en songeant aux difficultés du diagnostic dans les trois ou quatre premiers mois, on conviendra qu'on aura bien rarement l'occasion de recourir aux injections narcotiques dans cette première période.

Grossesse extra-utérine méconnue jusqu'au moment où les mouvements de l'enfant sont distinctement perçus par la femme et qu'on se décide à introduire le doigt dans la cavité utérine. Injections de morphine à mois et demi, six mois pour tuer l'enfant. Quelques jours après accidents inflammatoires graves. Gastrotomie. Mort rapide. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Ce cas intéressant a été recueilli par M. le Dr Fourrier, chirurgien adjoint de l'hôpital de Compiègne. Comme il a déjà été publié par ce confrère, je me contente d'en donner un résumé très-étendu.

M^{me} X. âgée de 39 ans, d'une constitution délicate, était régulièrement réglée depuis l'âge de 15 à 16 ans. A 22 ans, péritonite dont la cause n'est pas connue. Elle se marie à 26, et dix années se passent sans qu'elle devienne enceinte. Elle est accouchée pour la première fois le 18 septembre 1870. Grossesse, accouchement et suites de couches se sont passés régulièrement, et depuis cette époque la santé a été parfaite.

Le 8 décembre 1872 les règles qui avaient repris leur cours normal parurent pour la dernière fois. Rien ne vint au mois de janvier, mais le 23 de ce mois des douleurs violentes survinrent dans le flanc gauche et le bas du ventre, accompagnées de vomissements. Le pouls devient fréquent et la face s'altère notablement. Les douleurs se calment un peu dans la journée pour reparaitre avec une grande intensité dans la soirée.

Le Dr Canivet est appelé et fait appliquer quelques sangsues; deux nou-

velles applications sont faites les jours suivants (en tout 43 sangsues). Les symptômes généraux s'apaisent, mais le ventre demeure très-douloureux. La malade ne peut quitter la position horizontale. Les fonctions digestives sont toujours très-pénibles; du bouillon léger est seul supporté.

Au commencement de février réapparition de douleurs atroces et de vomissements. Le 11 de ce mois, M. le Dr Millard voit la malade en consultation avec le Dr Canivet, et le diagnostic porté est : *métrite avec périmétrie gauche*. Le repos au lit, des cataplasmes, des bains, des purgatifs, des vésicatoires sont prescrits. A partir de ce jour, une amélioration notable et progressive se fait sentir, la douleur diminue beaucoup, le pouls tombe à 80, l'état de l'estomac s'améliore, et quelques aliments légers sont supportés. Deux vésicatoires ont été appliqués.

Le 19 mars, quelques taches de sang font croire que les règles vont paraître, mais tout se borne là. Le 27, on constate une tumeur assez volumineuse et dure dans la fosse iliaque gauche. Le 9 avril, nouvelle consultation avec le Dr Millard. La tumeur de la fosse iliaque gauche est reconnue. Par le toucher on constate qu'elle pénètre dans le petit bassin, qu'elle fait corps avec l'utérus. Il y a peu de douleur, et l'exploration est facile. On trouve les seins un peu développés : l'état général est bon. L'hypothèse d'une grossesse extra-utérine est alors émise.

Le 25 avril, nouvelle consultation; les seins et le ventre ont augmenté de volume, l'idée d'une grossesse se confirme de plus en plus. On fait sourdre un peu de colostrum en pressant le mamelon droit. L'état général est bon. La tumeur de la fosse iliaque s'élève jusqu'au niveau de l'ombilic. La vulve et le vagin sont gonflés et humides. Le col est remonté et manifestement ramolli. La malade n'a la conscience d'aucun mouvement. On cesse toute médication et on fait garder la position horizontale.

Le 1^{er} mai, de nouveaux accidents surviennent. Douleurs dans tout le ventre et surtout à gauche, besoins d'uriner infructueux, douleurs lombaires. Pour la première fois la malade a cru sentir les mouvements d'un enfant. Tout cela dure avec des intermittences jusqu'au 10. A cette époque elle sent plus manifestement remuer.

Le 11, nouvelle consultation avec le concours de M. Tarnier. Le visage est amaigri, les traits sont altérés. Les modifications des seins sont constatées. On perçoit des mouvements actifs et les battements du cœur fœtal au-dessus du pubis, un peu à gauche de la ligne médiane. La tumeur occupe la fosse iliaque gauche et s'étend jusque vers le flanc droit, représentant une masse de forme conique ayant sa base dans la fosse iliaque gauche. La pression détermine un peu de sensibilité dans toute la cavité abdominale. Les mouvements qu'on imprime à la tumeur se communiquent au col, et M. Tarnier, qui fait l'exploration, trouve celui-ci placé très-haut, mais au centre du bassin. Il est très-ramolli; il lui est impossible de faire pénétrer le doigt jusqu'à l'orifice interne. Pendant cette exploration il lui semble apercevoir une légère contraction de toute la tumeur, ce qui indiquerait qu'elle est formée par l'utérus. Les résultats du toucher conduisent au diagnostic d'une grossesse utérine. D'un autre côté le développement anormal du ventre, les accidents antérieurs plaident pour une grossesse extra-utérine. En

définitive, notre confrère fit de grandes réserves à propos du diagnostic. Les troubles observés du côté de la vessie, les douleurs rénales lui firent penser qu'il y avait complication de congestion des reins et peut-être de coliques néphrétiques légères. Le repos le plus absolu fut conseillé et on fit boire de l'eau de Vichy.

L'état de la malade sembla s'améliorer et fut assez bon jusqu'au 28 mai. A 5 heures du matin, les douleurs abdominales apparurent avec une intensité nouvelle, surtout à gauche. Il y a du météorisme, de l'oppression, la face est pâle, grippée, la peau froide, le pouls misérable. M. Fourrier pratique deux injections hypodermiques avec une solution de morphine. Il prescrit une potion avec une forte dose de bromure de potassium. Ces moyens calment la douleur et procurent un peu de sommeil. Le soir il y eut une nouvelle crise. Sensation de déchirure dans le ventre. Cris déchirants. Des lavements laudanisés produisent du calme.

Le 4^{er} juin. Les mouvements de l'enfant sont très-bien perçus par la femme. La tumeur remonte à gauche jusqu'à l'hypochondre, tandis qu'à droite elle n'atteint pas l'ombilic. Des mouvements d'ondulation de l'intestin se dessinent à travers les parois abdominales; il y a du météorisme. L'exploration de la tumeur n'est pas facile, les parois du ventre ne supportant qu'une pression légère; il semble toutefois que les parties fœtales soient plus superficielles que d'habitude. L'idée d'une grossesse extra-utérine prend une consistance de plus en plus grande.

Jusqu'au 11 juin il y a encore quelques crises douloureuses. La santé générale s'altère. La malade prend à peine un peu de potage et du bouillon. Ce jour, une nouvelle consultation a lieu avec MM. Tarnier et Millard. La malade est très-affaiblie; il y a une coloration jaune-paille de la peau. Le pouls est petit, mais ne dépasse pas 100. Les mouvements du fœtus sont parfaitement distingués à travers les parois du ventre. Ils provoquent de la douleur dans le creux épigastrique. Il y a du météorisme à droite du ventre. Voulant procéder à un examen complet, la malade est endormie étant placée sur le bord du lit. M. Tarnier fait pénétrer lentement le doigt dans le col, qu'il trouve cette fois rejeté en haut et à droite, et, par des pressions douces et continues, il parvient après plusieurs minutes à l'orifice interne, qu'il dépasse sans rien rencontrer dans la cavité utérine. Au-dessus du pubis il trouve un corps dur qui doit être formé par l'utérus.

Dès ce moment, tous les doutes disparaissant, on agita la question des indications, et on se décida pour les injections de morphine dans le kyste dans le but de tuer l'enfant. On fit au niveau d'une partie fœtale une ponction avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, et on injecta dix gouttes d'une solution de sulfate de morphine au cinquantième. De plus, un suppositoire contenant de l'extrait thébaïque, fut placé dans le rectum. Pendant la journée, le fœtus exécuta quelques mouvements plus forts. La femme fut calme.

Le 12, M. Fourrier fit une seconde injection, et les mouvements de l'enfant diminuèrent. Une troisième fut pratiquée le 13, qui amena la cessation complète des mouvements de l'enfant. Le lendemain et les jours suivants, la malade est assez bien. Depuis l'exploration de la matrice avec le doigt il

y a un suintement séro-sanguinolent constant. Le 13, une pseudo-membrane est expulsée; l'estomac ne supporte presque rien, le ventre est sensible et météorisé; le pouls varie entre 80 et 90. Jusqu'au 22, l'état paraît s'améliorer un peu, mais ce jour survient un frisson et le ventre est plus sensible. Le 23 et le 24, nouveaux frissons. Le météorisme et la sensibilité du ventre augmentent, le pouls monte à 112, et tout conduit à penser qu'il se fait un travail de suppuration. Le 26 et le 27, l'état s'aggrave. Les jours suivants on pratique quelques injections hypodermiques avec la morphine.

Le 2 juillet, l'état général est devenu très-grave, la langue est sèche, le ventre météorisé. On constate des gaz dans le kyste; le pouls est à 110. Un écoulement noirâtre, fétide, se fait par le vagin. M. Fourrier ponctionne le kyste avec l'appareil Dieulafoy, et n'extrait que 120 à 140 grammes d'un liquide noir et extrêmement fétide.

Le 3, M. Tarnier pratique la gastrotomie. L'incision fut faite parallèlement à l'arcade crurale. Un fœtus long de 33 centimètres est extrait. Il s'écoule un liquide très-abondant et fétide. Le placenta très-adhérent au fond de la fosse iliaque gauche est laissé en place. Le kyste est parfaitement isolé de la cavité péritonéale, il se prolonge à droite en longeant le pubis. On lave avec de l'eau phéniquée. On fait un pansement à plat et on applique un bandage de corps. La femme avait été chloroformée. Elle passe une assez bonne journée; le pouls ne dépasse pas 110. Il y a moins de météorisme, mais le soir l'état s'aggrave, la langue est plus sèche, le pouls dépasse 120, le ventre se météorise de nouveau. Un état comateux se déclare pendant la nuit, et la mort survient le 9 juillet.

d. Avant de songer aux narcotiques, on avait espéré trouver dans l'électricité un moyen sûr de tuer le fœtus.

Paul Dubois, il y a plus de trente ans, avait eu l'idée de s'en servir dans quelques cas de grossesse normale dans lesquelles certaines complications graves mettaient la vie des femmes en danger (les vomissements incoercibles par exemple). Les quelques tentatives qu'il fit à cet égard ne l'encouragèrent pas dans cette voie, et il y renonça pour donner la préférence à l'accouchement provoqué par les méthodes ordinaires.

Une observation du D^r Bachetti (1) a été plusieurs fois citée comme venant à l'appui de ce procédé. Ce fait, auquel tout le monde ne paraît pas donner la même interprétation, mérite d'être reproduit d'une manière plus complète qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour.

Marie-Anne C..., de Pise, âgée de 29 ans, d'une constitution

(1) *Gazetta med. Ital.* Toscana, 1853, reproduite dans *l'Union médicale* de Paris, année 1857, page 168.

robuste, mère de quatre enfants, avait toujours joui d'une excellente santé. Vers la fin de 1852, elle eut plusieurs motifs de se croire enceinte ; suppression des règles, apparition de troubles nerveux et d'autres phénomènes morbides éprouvés pendant les autres grossesses (vomissements journaliers après les repas, abondante salivation, dégoût prononcé pour le vin.)

Le 29 décembre, apparition brusque dans la région hypogastrique de douleurs aiguës qui augmentent à la moindre pression ; sensation d'un poids vers l'utérus, ténesme, dysurie, lipothymies fréquentes.

Le D^r Bachetti est appelé. La douleur du ventre ne permet pas l'exploration abdominale. Le toucher vaginal fait constater un col peu saillant, fermé, indolent. Aucun écoulement n'a lieu par les organes génitaux. Les symptômes généraux sont graves. Pouls petit, fréquent, défaillances, visage pâle et altéré.

On prescrit un peu d'huile de ricin, des frictions avec la pommade belladonnée, des lavements, etc. On obtient des évacuations alvines abondantes, et il se produit une grande amélioration.

Huit jours après, le calme général persistant, il s'écoula de l'utérus une petite quantité de sang mêlé à du mucus, et cet écoulement dura plusieurs jours.

Le 16 juin 1853, réapparition des accidents premiers. La douleur se propage à tout l'abdomen comme dans une péritonite intense, et des défaillances surviennent à de plus longs intervalles. Une large application de sangsues, des bains, la pommade belladonnée, des purgatifs sont mis en usage avec succès.

Le 23 et le 29, retour des accidents. Même traitement et même amélioration. A cette dernière date, le D^r Bachetti reconnaît une tumeur, qui est visible à l'œil, que la main délimite parfaitement et qui se dirige vers la fosse iliaque gauche. Cette tumeur a le volume d'un gros cédrat, de forme ovoïde obliquement dirigée. Elle s'étend de la partie latérale gauche de l'utérus à la fosse iliaque correspondante. De l'autre côté, elle atteint la ligne médiane. A la partie inférieure et interne qui semble former la base, la tumeur est fixe et comme adhérente à l'utérus. La partie externe et supérieure présente de la mobilité ; sa consistance est dure, sa surface inégale ; elle est indolente à la pression. On diagnostique une grossesse extra-utérine. Le D^r Bartolini est appelé en consultation ; puis on fait venir les D^{rs} Burci et F. Torri, et tous ces confrères s'accordent pour reconnaître une grossesse extra-utérine de la trompe du côté gauche.

La situation de la femme parut grave, et on décida qu'il fallait s'opposer au développement ultérieur de cette grossesse anormale qu'on supposait alors parvenue au troisième mois. Après discussion sur l'emploi de divers moyens dont quelques-uns furent essayés sans succès, on s'arrêta à la proposition du Dr Burci qui conseillait un sûr moyen de déterminer la mort du fœtus et de prévenir les nouveaux accidents que le développement de l'œuf ne pouvait pas manquer de produire. Ce fut le Dr Burci qui se chargea d'appliquer l'électricité, et voici comment il opéra.

« Le 2 février, je mets en mouvement une machine électro-magnétique de Kemps modifiée par Carraresi, au moyen de deux petites piles de Bunzen contenant une petite quantité de liquide excitateur. J'introduis obliquement dans la tumeur deux aiguilles d'acier, longues et effilées : la première à la partie interne et inférieure, la seconde à la partie externe et supérieure ; je les dispose de manière à ce qu'elles ne se touchent pas à l'intérieur. Aucune douleur ne se produisit.

En mettant les aiguilles en communication avec les fils réophores de la machine électro-magnétique, j'imprime une petite secousse dans la tumeur et dans tout le corps. Cinq minutes après, je remplis complètement les piles de liquide, et j'obtiens par ce moyen une nouvelle secousse beaucoup plus forte que la première ; la malade jette un cri aigu, se soulève involontairement sur son lit, devient rouge, accuse une douleur très-intense à la région hypogastrique, et refuse de se soumettre à une nouvelle épreuve. La peau paraît brûlée au lieu d'implantation des aiguilles. En enlevant celles-ci, un calme complet revient.

A partir de ce jour, les douleurs et les défaillances disparaissent. La tumeur diminue petit à petit. Le 6 mars, elle est réduite à la grosseur d'un œuf de pigeon. La menstruation se rétablit en avril. Au mois de mai, la guérison est complète. J'ai l'espoir, ajoute le professeur Burci, que l'électricité deviendra par la suite, comme dans ce cas, un expédient utile pour la santé des malades, en leur épargnant des souffrances très-vives et les suites d'opérations chirurgicales graves et dangereuses. »

Lorsque ce fait fut publié en Italie, il ne fut pas accepté sans soulever quelque opposition quant à l'interprétation qui lui avait été donnée. Le professeur Balocchi, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Toscane*, émit l'opinion que le diagnostic de la grossesse extra-utérine

n'était pas suffisamment justifié, et qu'il s'agissait probablement d'un kyste ovarique à son début. Dans ce cas comme dans tous les cas analogues, il est bien difficile d'être absolument convaincu, et cependant, on ne peut nier qu'il n'ait présenté un certain nombre de caractères qui militent en faveur de la manière de voir qu'en avaient conçue le Dr Burci et les confrères qui virent la malade avec lui.

Dans l'observation du Dr Braxton-Hicks, mentionnée à propos de la ponction, l'emploi de l'électricité resta sans résultat. Il est vrai que l'application n'en avait pas été faite de la même manière. Un réophore avait été appliqué dans le vagin et l'autre sur la paroi abdominale.

M. Duchenne (de Boulogne) a fait remarquer que l'usage de l'électro-puncture par les courants continus ou interrompus doit être rejeté, en principe, du traitement des grossesses extra-utérines, d'abord à cause de l'incertitude que l'on a d'avoir réellement pénétré dans le kyste et de la possibilité d'être entré dans la cavité péritonéale, ensuite à cause de la désorganisation des tissus au contact des aiguilles et de la formation possible de petits abcès dans ces conditions. Il donnerait la préférence à une décharge soit par la bouteille de Leyde, soit par une batterie électrique et l'emploi de deux réophores appliqués, l'un dans le vagin et l'autre dans le rectum ou sur les parois abdominales. Il a conseillé avant de s'engager dans cette voie de faire des expériences sur de petits animaux pour juger de la force qu'il doit avoir la décharge.

M. le Dr Keller, qui a trouvé cette opinion de M. Duchenne (de Boulogne) dans la thèse du Dr Lesouf, condamne d'une manière absolue toutes les tentatives de ce genre. Il redoute les contractions violentes que l'électricité ne peut manquer de produire du côté des muscles abdominaux, et qui, en se propageant du côté de la tumeur, pourraient occasionner des décollements placentaires avec toutes leurs conséquences.

Je me contenterai de mentionner deux autres procédés qui ont été conseillés, mais qui ont été accueillis avec la défaveur qu'ils méritent. Le premier proposé par Heim et Osiander consiste dans l'extirpation de la tumeur. On comprend qu'il n'ait jamais été mis en pratique. Le second indiqué par le Dr Malire (1), quoiqu'il ne comporte pas la même gravité, est resté à l'état de la conception théorique, et je ne le crois pas

(1) *Rust. Magaz.*, b. 50, p. 54.

de nature à séduire les praticiens. Il s'agirait d'exercer une compression de la tumeur, capable de tuer le fœtus, et pour cela, on se servirait de sacs remplis de sable dont on augmenterait progressivement le poids. Parmi les nombreux inconvénients que cette compression pourrait produire, je me contenterai de signaler la rupture du kyste.

Les différentes procédés que je viens de passer en revue ont tous le même but : enrayer la marche de la grossesse anormale à une époque où le fœtus et le kyste qui le contient sont encore peu développés, circonstance qui permet d'espérer que contenant et contenu s'atrophieront insensiblement et finiront par disparaître complètement, sans provoquer des réactions inflammatoires de nature à compromettre la vie des femmes.

Incontestablement l'idée est bonne, mais que de difficultés dans l'application ! et combien il resté encore à faire pour perfectionner les moyens capables de conduire sûrement au but qu'on se propose ! Arrivera-t-on, par exemple, à trouver des signes assez positifs et assez pratiques pour établir, sans qu'aucun doute puisse s'élever, la réalité d'une grossesse extra-utérine dans les trois ou quatre premiers mois de son évolution ? Dans la plupart des faits dont j'ai parlé, nous avons vu des médecins assez convaincus pour agir, mais qui n'ont pas réussi à faire passer leur conviction dans l'esprit des confrères qui avaient examiné leurs malades ou qui ont étudié leurs observations.

Cela étant, admettra-t-on qu'on soit autorisé à intervenir par des opérations chirurgicales graves, comme la gastrotomie, par exemple, quand on est appelé auprès d'une femme qui éprouve des accidents sérieux qu'on a quelques raisons de la rapporter à la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin ? J'avoue que je ne le pense pas. Les symptômes de ces ruptures sont de deux ordres. Ce sont ceux de l'hémorragie interne, ou de la péritonite, et souvent ceux de ces deux complications ensemble. Mais personne n'ignore que ces dernières peuvent se produire en dehors de toute grossesse extra-utérine, et nous n'avons encore aucun moyen *certain* de reconnaître celles qui se rattachent à l'état spécial qui nous occupe. Je sais bien que telle n'est pas l'opinion de M. Kœberlé et de quelques auteurs plus anciens. Mais, en ce qui me concerne, je n'oserai pas porter la hardiesse chirurgicale jusque-là.

Je ne suis pas ébranlé par les raisons que M. Keller met en avant ; que M. Kœberlé à la suite d'une opération de gastrotomie, faite depuis quatre jours, ait cru devoir déchirer la cicatrice abdominale commençante pour aller à la recherche d'une artère ovarique fournis-

sant une hémorrhagie qui menaçait d'emporter la malade, je le comprends, et j'approuve; mais je ne saurais m'appuyer sur des faits de cet ordre, qui ne peuvent être comparés à ceux dont il s'agit ici, pour accepter la gastrotomie, alors surtout qu'on est exposé à trouver dans la cavité abdominale toute autre chose que ce qu'on y cherche.

C'est encore mal choisir ses exemples que d'invoquer les succès obtenus par la gastrotomie à la suite des ruptures de l'utérus. Ici, en effet, deux conditions importantes existent qui font absolument défaut dans les premiers mois de la grossesse extra-utérine, je veux parler, premièrement, de la *certitude* de la grossesse, et, en second lieu, de la possibilité d'extraire un enfant vivant et viable.

On ne s'est pas contenté de conseiller la gastrotomie pour conjurer les accidents formidables qui accompagnent habituellement la rupture des kystes extra-utérins, ou l'a même proposée pour débarrasser la cavité péritonéale de ces sortes de parasites de la même façon qu'on extrait les tumeurs ovariennes, et alors que la vie des femmes n'est pas encore en danger. Le conseil d'une pareille intervention a été donné à une époque où l'ovariotomie ne jouissait pas encore de la faveur que lui accordent aujourd'hui un certain nombre de chirurgiens. Je citerai Osiander et Heim. Ce qui a arrêté, et ce qui arrêtera longtemps encore même les plus téméraires, c'est la difficulté d'un diagnostic précis. En tout cas, dit M. Stoltz, « l'extirpation ne serait indiquée qu'en cas de tumeur libre, flottante, comme l'est le kyste tubaire; mais quand l'œuf a contracté de nombreuses adhérences avec le péritoine pariétal et la tunique péritonéale des intestins, de la vessie, de la matrice, etc., il serait téméraire de vouloir y toucher autrement que pour enlever l'embryon ou le fœtus. » Je partage absolument l'opinion de ce collègue éminent.

Est-ce à dire que la thérapeutique ne doit jamais intervenir dans cette première période de la grossesse extra-utérine? Non, sans doute! Nous avons vu combien il est commun de voir se produire et se répéter des accidents de nature inflammatoire, qui paraissent être l'expression de péritonites partielles se rattachant à cette sorte de greffe anormale qui doit s'établir entre l'œuf, qui a dévié de sa route ordinaire, et des organes qui n'étaient pas destinés à supporter son contact. La marche à suivre est toute tracée; c'est à prévenir et à combattre ces inflammations successives qu'on doit s'attacher, et pour cela on sera conduit à employer le repos absolu, les émissions sanguines loca-

les, les calmants à l'extérieur et à l'intérieur, etc. Tout cela variera, bien entendu, selon l'intensité des accidents et une foule d'indications qu'il est impossible de prévoir.

(A suivre.)

DEPAUL.

ÉTUDE SUR L'HÉMORRHAGIE ENCÉPHALIQUE

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ,

Par M. J. Parrot,

Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

— FIN. —

III.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques dominent en un pareil sujet et sont le point de départ nécessaire de son étude; c'est donc par elles que nous allons commencer, en donnant la première place aux altérations de l'encéphale.

Le sang épanché, peut se trouver dans cinq régions différentes. Ce sont, en allant de la périphérie vers le centre :

- 1° La cavité de l'arachnoïde;
- 2° La région sous-arachnoïdienne ou pie-mérienne;
- 3° Le tissu nerveux, proprement dit;
- 4° La paroi des ventricules latéraux sous l'épendyme;
- 5° Les cavités ventriculaires.

Sur nos trente-quatre cas, l'hémorrhagie s'était faite, dans la cavité arachnoïdienne, cinq fois; et cela, par la rupture du feuillet viscéral de ce revêtement, car il y avait eu d'abord un épanchement pie-mérien. Sans exception, le sang occupait les parties déclives et postérieures. Dans quatre de ces cas, il entourait plus ou moins complètement le bulbe, s'étendant parfois jusqu'aux pédoncules du cerveau et aux tubercules quadrijumeaux. Chez deux malades, il avait pénétré

dans le canal rachidien, et chez deux autres, il s'était accumulé dans les fosses occipitales.

L'hémorrhagie qui se produit dans le second siège, est de beaucoup la plus commune et la plus abondante. Nous l'avons notée vingt-six fois. Constamment elle atteint les régions inférieures et postérieures de l'encéphale.

Elle peut affecter simultanément le cerveau et le cervelet, comme nous l'avons constaté six fois. Chez dix malades, elle était limitée aux hémisphères cérébraux, et chez huit autres, à ceux du cervelet; ce qui donne un total de dix-huit cas pour l'hémorrhagie péri-cérébrale, et de quatorze pour celle du cervelet. La première, dix fois bi-latérale, existait uniquement à droite dans six cas, et à gauche, dans un seul. Pour ce qui est de la seconde, les deux hémisphères étaient atteints simultanément sept fois, le droit cinq, et le gauche deux.

Il ne nous a été donné qu'une fois de trouver un foyer complètement circonscrit par la substance nerveuse. Cela est bien digne d'attention, et nous aurons à y revenir.

L'hémorrhagie péri-ventriculaire ou sous-épendymaire est fréquente, mais peu étendue; aussi, est-elle beaucoup moins importante que celle de la périphérie des hémisphères. Son siège est constant. Quel que soit son volume, elle se fait entre la couche optique et le corps strié, sous la lame cornée, au point d'émergence d'un gros tronc veineux, qui est l'aboutissant d'une partie des vaisseaux qui rampent sous l'épendyme de l'étagé inférieur du ventricule. Elle existait à droite dans quatorze cas, et dans douze à gauche.

Cinq fois le sang avait fait irruption dans les ventricules, pénétrant des latéraux dans le moyen, et de ce dernier, par l'aqueduc de Sylvius, dans le quatrième. C'est de là qu'il gagne, comme nous l'avons dit, quelques points de la périphérie, notamment le bulbe et le canal rachidien.

De ce qui précède, trois faits se dégagent nettement, qui méritent d'être signalés: c'est que, dans le plus grand nombre de cas, l'hémorrhagie encéphalique est bilatérale; que, chez les sujets où elle n'existe que d'un côté, le droit est atteint plus fréquemment que le gauche; enfin, qu'elle a une prédilection bien marquée, pour les régions déclives.

Après avoir fait la topographie des épanchements sanguins, nous devons dire sous quel aspect ils se présentent; quelles transformations y subit le sang; quels rapports ils affectent avec les tissus qui les circonscrivent; et quelles modifications ils font subir à leur texture. Il serait

difficile et sans profit d'étudier, d'une manière aussi détaillée, l'hémorrhagie, dans les différents sièges que nous avons admis; nous nous contenterons d'examiner de la sorte, celle qui est en même temps la plus commune et la plus importante: nous voulons dire celle qui se fait dans les mailles de la pie-mère, entre la substance nerveuse et l'arachnoïde. Ce travail fait, il nous sera facile d'indiquer brièvement, les traits particuliers aux autres épanchements.

Le nombre et l'étendue ou le volume des foyers hémorrhagiques pie-mériens varient. Le plus souvent, ils sont multiples, ce qui ne doit pas surprendre, puisque nous avons vu que, dans la plupart des cas, la lésion était symétrique. Chez le malade qui fait le sujet de l'observ. III, il y en avait quatre assez étendus: deux sur le cerveau et les deux autres sur le cervelet. Nous en avons compté un nombre beaucoup plus considérable dans un cas où ils étaient groupés à la base et à la région médiane; ils ne dépassaient pas la grosseur d'un grain de chènevis. L'un des plus étendus que nous ayons rencontrés, enveloppait à peu près complètement un lobe occipital (Obs. IV). Un autre, moins large, avait plus de 15 centimètres carrés, il couvrait un certain nombre de circonvolutions de la face externe d'un hémisphère.

Le liquide épanché forme tantôt une mince nappe, qui ne masque pas complètement la substance nerveuse; tantôt, au contraire, une couche massive, comme dans l'Obs. I, où elle avait, sur le lobe sphénoïdal droit, 1 centimètre d'épaisseur. La surface libre est lisse et luisante, étant couverte par l'arachnoïde. Lorsque le sang s'est concrété, la face profonde du caillot reproduit quelquefois les anfractuosités et les circonvolutions correspondantes. Sa consistance est d'autant moins prononcée, que l'hémorrhagie est plus récente; cependant il est d'autres circonstances qui peuvent la modifier; par exemple, la nature de la maladie dans le cours de laquelle l'hémorrhagie s'est produite.

Jamais le sang n'est aussi fluide que dans les vaisseaux, sa consistance étant pour le moins semblable à celle d'un sirop ou de la glycérine. Le plus souvent, il se concrète en une masse solide qui rappelle les caillots cruoriques des cavités cardiaques. Dans ce cas, si la coagulation est volumineuse et étendue et que l'on agite l'encéphale, on voit la région malade osciller comme de la gélatine (Obs. 1). Quand l'hémorrhagie est ancienne, peu étendue, et d'une faible épaisseur, elle peut acquérir une consistance beaucoup plus grande. Alors le sang perd la teinte noirâtre ou carminée qu'il avait dans les autres foyers. Il devient brun, et même, par places, un peu jaunâtre comme l'ocre.

Chez les nouveau-nés ictériques, la surface arachnoïdienne du caillot a des reflets verdâtres plus ou moins foncés.

Nous ne nous arrêterons pas à l'étude de la matière de ces épanchements; elle ne présente ici rien de bien spécial. N'en ayant jamais rencontré de très-anciens, nous ne pouvons parler de l'évolution qu'ils subissent. Presque toujours, le contenu du foyer avait une consistance homogène, excepté dans les cas où il présentait des nuances diverses. Nous y avons trouvé les leucocytes, entourés d'une atmosphère granulo-graisseuse.

Il est important d'examiner les rapports que le sang épanché affecte avec les substances qui le circonscrivent, à savoir : les méninges et la substance nerveuse. Extérieurement, il est couvert par l'arachnoïde, dont on le sépare malaisément, et qui, par sa rupture, d'ailleurs assez rare, lui donne accès dans sa cavité. Quant à la pie-mère, elle fait corps avec lui et ne peut en être séparée que lorsqu'il reste liquide.

L'action du sang sur la substance nerveuse est très-variable suivant son abondance, le temps qui s'est écoulé depuis l'accident et la consistance de l'encéphale. Si l'enfant est né à terme, si, par conséquent, son cerveau a déjà une certaine fermeté, si l'épanchement est en nappe et récent, après en avoir débarrassé, à l'aide du lavage, les circonvolutions; on les trouve à peine déformées, avec une teinte un peu plus rosée que celles du voisinage. Mais, en dehors de ces conditions favorables à l'intégrité de leur forme, de leur couleur et de leur consistance, on voit ces qualités, les deux premières surtout, subir des atteintes plus ou moins profondes.

Le ramollissement varie beaucoup dans ses degrés, et il est des caillots que l'on ne peut détacher sans entraîner des parcelles de matière cérébrale; toutefois, la diminution de consistance va rarement jusqu'à la transformation de la paroi interne du foyer en une pulpe rougeâtre s'étendant à une grande profondeur. Dans un cas où il en était ainsi, et où il s'est produit pendant l'examen une déchirure qui a donné accès dans un ventricule latéral, il existait une thrombose veineuse qui avait déterminé un ramollissement rouge du centre hémisphérique. Lorsque le sang épanché est peu abondant, et lorsqu'il ne peut s'étendre en surface, il se loge dans la profondeur des parties, où il pénètre à la manière d'un clou. Il écarte les circonvolutions, les comprime et amoindrit leur consistance; si bien que, dans un grand nombre de cas, il semble que l'épanchement ait son point de départ dans la substance nerveuse elle-même, et qu'il se soit étendu jusqu'à

la surface. Cette disposition existait à la périphérie du cervelet, dans l'observation IV. Le seul moyen de sortir d'embarras, en pareille circonstance, est de pratiquer une coupe au centre de l'épanchement, à l'aide d'une lame très-tranchante, telle qu'un rasoir, et à plonger immédiatement la pièce dans de l'alcool. La fermeté que ce liquide donne aux tissus, facilite leur examen et permet de se rendre un compte exact du siège occupé par le sang. C'est en procédant de la sorte, qu'il nous a été permis, dans plusieurs cas, de rectifier une première appréciation et de déclarer périphériques des hémorrhagies que nous avions d'abord considérées comme intra-cérébrales.

Ainsi comprimée par le caillot, la substance nerveuse subit des altérations nutritives, qui, à une période avancée, sont très-appreciables à la vue. — Au début, c'est une stéatose diffuse, caractérisée par la présence, dans la paroi du foyer, d'un certain nombre de corps granuleux, dont la quantité augmente à mesure que la vie se prolonge. Plus tard, alors que le caillot s'est durci et a subi une certaine dessiccation, on trouve au-dessous de lui, des taches d'une teinte jaune, dues à l'atrophie grasseuse de la substance encéphalique (obs. V). Il n'est pas rare, en pareil cas, de trouver les vaisseaux de la partie altérée vides, et ceux du voisinage remplis par du sang dont les leucocytes sont entourés de granulations grasses, preuve incontestable d'une stagnation sanguine déjà ancienne. Il arrive parfois que cette atrophie grasseuse des circonvolutions existe, non au-dessous du caillot, mais à côté. Alors, pour l'expliquer, on ne peut plus faire intervenir la compression immédiate, mais il est permis d'invoquer le voisinage de l'épanchement, les troubles circulatoires qui l'ont provoqué, et ceux qu'à son tour il a déterminés.

Ceci dit sur la principale hémorrhagie encéphalique, nous n'avons que peu de chose à ajouter pour faire connaître les particularités qui se rapportent à celles des autres sièges. Lorsque le sang s'épanche dans la grande cavité de l'arachnoïde, il y reste assez longtemps fluide et ne s'y concrète jamais complètement. C'est là qu'il subit les altérations les plus rapides. — Il forme en général deux couches, l'une viscérale, plus uniforme, moins épaisse et moins adhérente; l'autre, pariétale, qui adhère d'une manière assez intime à la dure-mère. La matière épanchée prend très-rapidement l'empreinte des circonvolutions. Elle est rouge brunâtre, en grumeaux qui ressemblent à du chocolat à l'eau, laissant déposer à la surface de la dure-mère comme un sédiment qui a l'apparence d'une membrane, et qui lui est assez solidement uni. Quand

l'hémorrhagie remonte à une date suffisamment éloignée, on voit ça et là des taches ocreuses.

Dans ces conditions, la matière de l'épanchement (obs. VI) est surtout constituée par des hématies décolorées, ratatinées, de la fibrine en dégénérescence granuleuse, des leucocytes stéatosés, des granulations graisseuses et protéiques en quantité considérable. Au niveau des points qui sont jaunes ou de teinte ocreuse, on voit des amas d'une substance amorphe réfringente, d'un jaune éclatant et de beaux cristaux amarante d'hématoidine. Le sédiment membraniforme a la même constitution, à cette différence près, que la fibrine y est plus tenace, et que l'élément liquide y est moins abondant.

Les foyers intra-cérébraux, qui se rapportent à la troisième localisation que nous avons admise, sont très-exceptionnels, puisque nous n'en avons noté qu'un seul (obs. I). Il ne présentait aucune particularité digne d'être notée, et ne constituait qu'une lésion tout à fait accessoire, car il y avait en même temps deux autres foyers péri-encéphaliques d'un volume considérable.

Nous avons dit quel était le siège des foyers de la paroi des ventricules latéraux. Ils sont en général peu étendus, et ne dépassent pas le volume d'un noyau de cerise ou d'une petite amande. Leur forme est assez régulièrement ovoïde ou sphéroïdale, et le sang qu'ils contiennent est toujours liquide. Lorsqu'on vient à comprimer l'espèce d'ampoule où il est contenu, on ne le voit pas s'étaler. Bien que ces épanchements présentent quelque chose de tout à fait spécial, il est permis de les rapprocher de ceux de la périphérie, étant compris, comme ces derniers, entre la substance cérébrale proprement dite et le revêtement membraniforme, comparable aux méninges, qui la recouvre.

Quand le sang s'est épanché dans les ventricules, il ne s'y modifie que lentement. On l'y trouve, soit à l'état liquide, soit coagulé, en masses noires et molles, qui prennent quelquefois d'une manière assez exacte, la forme de la cavité qui les contient.

Là se borne ce que nous avons à dire de la lésion principale. Parmi celles que l'on peut qualifier de concomitantes, il en est qui ont pour siège l'encéphale, et qu'il semble naturel de signaler les premières.

La plus fréquente est la congestion des veines pie-mériennes. Elles se gonflent, se distendent d'une manière considérable, et la coloration noire de leur réseau masque parfois la substance cérébrale qui, lorsque l'autopsie est faite tardivement, prend, par imbibition, une teinte rose ou violacée.

A la congestion veineuse se rattache une autre lésion du système vasculaire, que l'on rencontre dans quelques cas, et que l'on aperçoit à la surface, après avoir détaché les méninges, ou sur des coupes, grâce à la transparence dont le tissu nerveux est doué à cet âge. Elle consiste en des masses rouges, du volume d'une très-petite tête d'épingle, isolées ou groupées, disparaissant par une sorte de diffusion quand on les comprime. Si, à l'aide d'un faible grossissement, on en examine une, au milieu de son atmosphère nerveuse, on voit qu'il s'agit d'un vaisseau, dont la gaine lymphatique contient du sang, tandis qu'il est lui-même vide et rétracté au niveau de la tumeur.

Sur quelques sujets, des concrétions sanguines anciennes obstruaient à des degrés et dans une étendue variables les sinus de la dure-mère et parfois certaines veines, par exemple celles qui avoisinent la grande scissure, les rameaux de Galien et du corps strié. Mais, cette dernière lésion se rencontre beaucoup plus fréquemment avec le ramollissement rouge que dans le cas d'hémorrhagie; cependant, il n'est pas exceptionnel de voir l'épanchement sanguin se faire sous l'arachnoïde, autour d'une grosse veine remplie par un caillot noir moucheté de gris, par l'accumulation des leucocytes.

Signalons encore, dans la substance cérébrale elle-même, le ramollissement rouge, la stéatose péri-ventriculaire et les plaques jaunes périphériques déjà mentionnées.

On peut trouver du sang dans le canal rachidien. D'ordinaire il vient de la cavité crânienne, comme nous avons eu l'occasion de le dire, et s'accumule entre la dure-mère et la moelle; beaucoup plus rarement il s'épanche sous la pie-mère et forme une nappe en général très-mince et peu étendue entre cette membrane et le tissu médullaire. Dans un cas (obs. IV), la lésion s'était produite au voisinage de la queue de cheval.

Les autres altérations que l'on trouve dissimulées dans l'organisme sont importantes, non en elles-mêmes, mais parce qu'elles nous éclairent sur l'origine et les relations pathologiques des épanchements sanguins; nous devons donc les énumérer, mais nous ne nous arrêterons pas à les décrire. Les plus habituelles sont celles de l'athrepsie. Nous verrons, en effet, au chapitre étiologique, que c'est dans le cours de cette maladie que se produit ordinairement l'hémorrhagie encéphalique. Puis vient la pneumonie, notée dans 17 cas, et qui est une complication fréquente de l'athrepsie. Il y a aussi des conges-

tions viscérales diverses; de la thrombose veineuse, surtout dans le rein et le poumon; et parfois de petits épanchements ecchymotiques sous les séreuses et dans les muscles.

Symptômes et diagnostic. — L'observation clinique ne révèle aucun symptôme que l'on puisse considérer comme un signe de l'hémorrhagie intra-crânienne, et cette lésion survient dans le cours de la maladie qui la provoque, sans modifier d'une manière sensible sa marche et son allure habituelles. D'une part, en effet, les troubles névropathiques divers, que l'on observe à la période ultime de l'athrepsie, s'accompagnent rarement d'épanchements intra-crâniens; et d'un autre côté, les manifestations nerveuses sont tout à fait exceptionnelles chez les nouveaux-nés à l'autopsie desquels on constate une hémorrhagie encéphalique; puisque, sur 34 cas, nous avons noté trois fois seulement des convulsions, et chez deux autres malades, du coma et de la contracture. Il n'est donc permis d'établir aucune relation de cause à effet entre les épanchements de sang qui se font dans l'encéphale des nouveau-nés, et les troubles nerveux dont ils peuvent être atteints. Cependant, lorsque des convulsions apparaissent au cours de l'athrepsie, non encore arrivée à la période où se montrent habituellement les accidents névropathiques, comme cela est arrivé chez l'enfant de la sixième observation, on pourra songer à une hémorrhagie de l'encéphale, mais il faudra bien se garder de l'affirmer; car, s'il est probable que, dans le fait que nous venons de citer, les manifestations convulsives ont été causées par l'épanchement sanguin, il n'en sera peut-être pas ainsi dans les cas de même apparence. On sait, en effet, que la méningite et un certain nombre d'autres lésions moins bien déterminées, mais d'une action incontestable, peuvent aussi les provoquer.

Il n'y'a rien à tirer de la température et du pouls, qui restent ce que les fait la maladie primitive. C'est ainsi que, sur 26 cas où elle a été notée, la première est restée à peu près normale 5 fois; elle ne s'est élevée au-dessus de la moyenne que chez un malade, et s'est abaissée au-dessous dans 20 observations.

En somme, si l'on excepte des cas très-rares, dans lesquels on sera autorisé à soupçonner l'existence de l'hémorrhagie intra-crânienne, on peut dire que celle-ci ne se révéla durant la vie, par aucune manifestation caractéristique.

Durée. — D'après cela, on comprend qu'il soit impossible de déterminer la durée de l'affection, puisque rien n'indique son début, et que

l'autopsie seule en démontre l'existence. Chez les enfants où nous l'avons rencontrée, la vie a duré de un à quarante-quatre jours, et en moyenne, quatorze jours.

Étiologie et pathogénie. — Les causes éloignées, la cause prochaine, et les traits d'union qui les relient, vont maintenant nous occuper.

L'âge a ici une importance capitale. L'hémorrhagie encéphalique, telle que nous l'avons observée et que nous venons de la décrire, n'atteint que des nouveau-nés ou des avortons. De nos 34 sujets, 11 ne présentaient pas encore, au moment de l'autopsie, la caractéristique de la naissance à terme, et pourtant l'un d'eux avait déjà vécu seize jours, un autre dix-sept, et un troisième vingt.

Parmi les autres, le plus âgé avait, au moment de la mort, quarante-quatre jours, et le plus jeune vingt-quatre heures seulement.

L'influence du sexe ne se fait pas sentir. Notre tableau nous donne 19 garçons et 15 filles. Cette différence de 4 au profit du sexe masculin, est trop minime en une pareille supputation, pour que nous en tenions compte.

Une circonstance étiologique capitale est celle qui a trait aux maladies dans le cours desquelles se produit l'hémorrhagie. En voici l'énumération par ordre de fréquence :

Athrepsie	24 fois.
Œdème des nouveaux-nés.....	8 —
Congestion générale des viscères.....	1 —
Hypertrophie du thymus.....	1 —

Laissant de côté les deux derniers cas, trop exceptionnels pour être discutés, nous n'examinerons que ceux de l'athrepsie et de l'œdème. L'influence étiologique de la première maladie, déjà très-manifeste, puisqu'on la voit s'exercer d'emblée dans plus des deux tiers des cas, s'accentue bien davantage lorsqu'on remarque que la plupart des nouveau-nés œdémateux s'athrepsient rapidement.

Ainsi, presque toujours l'hémorrhagie éclate pendant l'évolution de l'athrepsie, cette maladie constituée par un ensemble d'affections qui ont pour point de départ le tube digestif et aboutissent à une perturbation nutritive profonde (1). L'un des premiers effets de l'athrepsie est l'altération du sang, qui stagne dans les vaisseaux veineux, s'y accumule, parfois s'y coagule et détermine, dans la plupart des viscères,

(1) Pour plus de détails, nous renvoyons aux leçons que nous avons publiées dans le *Progrès médical*. 1874, p. 637.

une congestion toujours très-marquée à la périphérie de l'encéphale. Mais ce n'est pas tout. Le liquide encéphalo-rachidien est résorbé d'une manière à peu près complète; comme le prouvent durant la vie la dépression de la fontanelle, le chevauchement des os du crâne, et après la mort, l'aplatissement des circonvolutions. Si bien que l'encéphale se trouve éteint par des parties dures, au lieu de baigner librement dans un liquide protecteur, qui laisse ses vaisseaux se dilater et battre aisément. Est-il surprenant que, dans de pareilles circonstances, surtout lorsque l'action pulmonaire est entravée par la solidification d'une partie de son parenchyme, car la complication pneumonique est fréquente, il se fasse des ruptures veineuses, et que le sang s'épanche dans la pie-mère? Et ce qui prouve bien l'origine veineuse de l'hémorrhagie et l'action qu'y exerce la stase sanguine, c'est son apparition constante dans les régions déclives. A l'hospice, en effet, c'est dans le décubitus dorsal que, d'une manière à peu près constante, sont les nouveau-nés; car, en dehors du temps où on les allaite et les change, ils restent couchés dans leur berceau. Or, dans cette position, la région occipito-sphénoïdale est celle où s'accumulent nécessairement les liquides sous l'influence de la pesanteur; et c'est là que l'on trouve les collections sanguines. Il n'est pas jusqu'à la prédilection des épanchements pour le côté droit, notée dans notre énumération topographique, qui ne vienne affirmer ce rôle important de la pesanteur et de la stase sanguine. Elle s'explique, en effet, par l'usage où l'on est, de coucher les enfants beaucoup plus souvent sur le côté droit que sur le gauche.

Quant à la prédominance considérable des hémorrhagies périphériques sur celles de la substance nerveuse, si on en demande la raison, nous répondrons qu'il faut la chercher dans l'action des causes mécaniques précédemment indiquées. — En effet, tandis que les vaisseaux de la substance nerveuse elle-même souffrent peu de la soustraction du liquide encéphalo-rachidien et de la pression des os crâniens, avec lesquels ils n'affectent aucun rapport immédiat, ceux de la périphérie ne peuvent supporter, sans un trouble considérable, une modification aussi brusque et aussi grande de leur manière d'être habituelle. De là des distensions exagérées et des ruptures consécutives.

Ces remarques s'appliquent au système circulatoire des régions ventriculaires, atteint comme celui de la périphérie, bien que d'une manière moins immédiate.

En dernière analyse, c'est donc aux troubles nutritifs, qui constituent essentiellement l'athrepsie, que l'on doit, dans le plus grand

nombre des cas, rapporter l'hémorrhagie encéphalique du nouveau-né, comme nous lui avons attribué déjà plusieurs autres lésions, au nombre desquelles il est opportun de rappeler le ramollissement cérébral.

Et maintenant, si l'on compare l'hémorrhagie encéphalique, telle qu'on la connaît, aux autres âges, — à celle des nouveau-nés, on ne trouve que des différences.

Les foyers de la première, unilatéraux et le plus souvent uniques, se font en pleine substance nerveuse, surtout dans les ganglions de la base ou dans le centre hémisphérique; et ce n'est que consécutivement que la périphérie et les ventricules sont atteints. Ceux de la seconde, symétriques, multiples, occupent la surface des circonvolutions, sous l'arachnoïde, ou la région sous-épendymaire des ventricules latéraux; et s'ils altèrent la substance nerveuse, ce n'est que par une action mécanique et consécutive. — Ici les vaisseaux en cause sont les artères qui se rompent à la suite d'une altération protopathique et ancienne de leurs tuniques. Là, dans le cours d'une maladie aiguë, les veines, surprises par une réplétion excessive et inusitée, se distendent et se rompent. Enfin, tandis que d'ordinaire l'hémorrhagie se révèle immédiatement par une paralysie caractéristique; celle que nous avons étudiée s'accomplit sans qu'aucun signe avertisse l'observateur de son existence.

Quant aux hémorrhagies arachnoïdiennes, elles ne diffèrent pas d'une manière moins sensible que les précédentes, chez les deux sortes de malades que nous venons de comparer. Chez les premiers, en effet, le sang arrive dans la cavité arachnoïdienné, quelquefois d'un foyer intra-cérébral, mais presque toujours consécutivement à une pachyméningite. Tandis que chez les autres, sa source est dans une hémorrhagie pie-mérienne.

LEÇONS SUR L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

SES CAUSES, SA NATURE ET SON TRAITEMENT

Par le D^r M. Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (1).

Avant de voir s'il est possible de *prévenir* l'éclampsie des femmes

(1) Nous croyons devoir reproduire ces leçons qui ont paru dans la *France médicale*, et qui présentent, au point de vue de la pathogénie de l'éclampsie, le plus grand intérêt.

enceintes, il n'est pas inutile d'en rechercher la pathogénie et d'examiner à sa lumière les *causes classiques* fournies par les auteurs.

De ces causes, il en est qui relèvent d'un iatro-mécanisme inacceptable : la compression de la veine cave inférieure et de la veine rénale. Malheureusement pour cette théorie, on voit des femmes avec d'énormes kystes de l'ovaire qui n'ont ni éclampsie, ni albuminurie; on en voit d'autres ayant d'énormes fibromes utérins, sans avoir plus de troubles de la sécrétion rénale. Je pourrais vous citer le fait d'une dame que je soigne et qui a l'un des fibromes utérins les plus volumineux que j'aie vus : il remonte bien au-dessus de l'ombilic, gêne la marche des matières alvines et produit des hémorrhagies fort abondantes, lesquelles rendent cette femme anémique quant à la quantité et non quant à la qualité, car son sang est rouge comme celui d'un bœuf; or cette tumeur ne détermine ni albuminurie, ni éclampsie. Théoriquement, cette dame devrait cependant subir une compression de la veine cave inférieure, par conséquent une gêne de la circulation dans la veine rénale. Il devrait donc y avoir de l'albuminurie, ce qui n'est pas.

Vous savez que, si on jette une ligature peu serrée sur la veine rénale d'un animal, les urines deviennent albumineuses, c'est-à-dire *séreuses* (le sérum du sang s'échappe alors par l'excès de pression qui a lieu dans l'artère rénale); lie-t-on complètement la veine, les urines sont plus séreuses encore. C'est de cette expérience que s'autorisent les auteurs qui attribuent l'albuminurie (*sérumurie*) des femmes grosses à la compression des veines rénales par l'utérus gravide. Mais, si cette théorie était exacte, toutes les femmes grosses devraient pisser de l'albumine, et tel n'est heureusement pas le cas. Enfin, puisque toutes les femmes grosses ont, théoriquement, les veines rénales comprimées, les éclamptiques, qui sont des exceptions, devraient avoir exceptionnellement une compression plus considérable de ces veines; ce qui est à démontrer.

Oui, vous dirai-je, conséquent à ma doctrine, oui, il y a plus grande pression vasculaire dans les reins, mais ce n'est pas par compression de la veine cave, c'est :

1° Parce que la *masse du sang est augmentée* chez la femme grosse;

2° Parce qu'il y a chez elle *plus grand fonctionnement* de l'organe sécréteur de l'urine, plus grand fonctionnement démontré par l'augmentation du chiffre de l'urée et des matières extractives éliminées dans les vingt-quatre heures par la femme enceinte, ainsi que l'ont fait voir

les analyses de M. Quinquaud (lequel a trouvé dans l'urine de la femme grosse, en dehors de tout état fébrile, 32 à 40 grammes d'urée pour 1000, au lieu de 22, qui est la moyenne, c'est-à-dire une augmentation d'un tiers à près d'une moitié).

C'est : 3° par suite de la *synergie fonctionnelle* qui relie le rein à l'utérus, ainsi que j'ai essayé de vous le démontrer dans une précédente leçon;

C'est : 4° par suite (comme je vous l'ai dit encore) de la *solidarité vasculaire* des artères rénales et utéro-ovariennes.

Ainsi, parce qu'il y a du sang en circulation et que l'uropoïèse est considérablement accrue chez la femme grosse, pour ses besoins personnels et ceux de son fœtus, la pression est considérablement augmentée dans le système vasculaire de ses reins, et parce que la pression vasculaire y est augmentée à ce degré, la *filtration du sérum*, la *sérumurie* y devient très-facile et par suite très-fréquente; à ce point que M. H. Blot a trouvé de l'albumine dans l'urine 41 fois sur 205 femmes entrées dans la salle d'accouchements de la Maternité, c'est-à-dire dans le cinquième des cas, chez les femmes arrivées au terme de leur grossesse.

Ainsi encore, parce que l'uropoïèse est d'autant plus augmentée que le fœtus a plus de besoins, c'est-à-dire plus de masse, c'est-à-dire qu'il est plus âgé, ou, en d'autres termes, que la grossesse est elle-même plus avancée, la *sérumurie* (albuminurie) et l'éclampsie sont plus fréquentes au moment de l'accouchement qu'au début du neuvième mois, au neuvième mois qu'au huitième, et ainsi de suite, jusqu'au cinquième mois, où commencent à se montrer les attaques d'éclampsie.

Telle est, suivant moi, l'explication du fait signalé par les auteurs, à savoir que l'éclampsie ne s'observe guère qu'à *partir du cinquième mois* de la grossesse, mais apparaît plus fréquemment *vers les derniers temps* de celle-ci.

De même, pour les raisons que j'ai invoquées tout à l'heure (synergie fonctionnelle des reins et de l'utérus, solidarité vasculaire de ces organes), on conçoit que la *sérumurie* (albuminurie) et l'urinémie (éclampsie) symptomatique puissent se produire dès les premiers mois de la grossesse; comme l'on conçoit aussi que le fait soit rare, pour des causes toutes matérielles.

Peut-être la *primiparité* ne prédisposerait-elle à l'éclampsie que parce que les reins ne se sont pas habitués encore à l'excès de pres-

sion qu'ils subissent, et que l'accoutumance est plus facile aux grossesses ultérieures.

La grossesse *gémellaire* prédispose à l'éclampsie, non pas parce que l'utérus est plus volumineux et comprime davantage les veines rénales, mais parce que la masse de sang est nécessairement plus considérable encore dans le système vasculaire de la mère, et que les besoins uropoïétiques sont plus grands pour deux fœtus que pour un seul, qu'ainsi enfin la pression vasculaire est plus forte alors dans les reins maternels.

A fortiori peut-il y avoir pissement de sérum (albuminurie) dans les grossesses triples; tel était le cas d'une femme de Passy que j'ai eu l'occasion de voir avec mon ami le Dr O. Larcher, et qui accoucha de trois belles petites filles, qui ont vécu. Leur malheureuse mère était fortement sérumurique dans les derniers mois de sa grossesse et considérablement infiltrée. Elle succomba le lendemain de ses couches aux accidents que je vous raconterai bientôt.

On a dit encore avec raison que le *rachitisme* prédisposait à l'éclampsie, mais on a eu tort d'y voir un résultat de compression des vaisseaux par l'utérus mal à l'aise dans un squelette mal conformé! le fait est beaucoup plus complexe. Le rachitisme du thorax a pour effet de gêner la circulation de l'artère pulmonaire et de produire ultérieurement une dilatation passive du cœur droit avec toutes les conséquences possibles de celle-ci, à savoir les congestions viscérales multiples, et cela dans l'état de vacuité utérine; *a fortiori*, ces effets pourront-ils être réalisés par le fait de la grossesse, la masse de sang étant alors augmentée; à la congestion rénale propre au rachitisme s'ajoute la congestion rénale propre à la grossesse, d'où la sérumurie et l'éclampsie possibles de préférence chez la femme grosse rachitique.

Que nous sommes loin des causes purement mécaniques!

Maintenant que nous avons vu le mode d'action des causes signalées par les auteurs, maintenant que nous savons à quels signes on peut *prévoir* l'éclampsie prochaine, voyons si et comment on la peut *prévenir*, et cela en nous plaçant au plus près des faits.

A ce propos, et par une inconséquence qui l'honore, un des plus fervents partisans de l'anémie des femmes enceintes, Cazeaux, Cazeaux lui-même, préconise la saignée. C'était le traitement traditionnel; c'est, par tout ce que nous venons de voir, le traitement qu'indiquent la science et la raison: l'expérience, ici comme toujours en médecine, avait précédé la théorie, — mais ici encore, si l'on n'y prend garde,

une vaine théorie, fondée sur des expérimentations trop vite et mal interprétées, est bien près de fausser les esprits et de faire dévier la thérapeutique.

Il faut saigner la femme menacée d'éclampsie; il faut saigner la femme atteinte d'éclampsie. Il ne faut pas seulement la saigner dans l'un et l'autre cas; dans l'un et l'autre cas il faut appliquer des ventouses scarifiées sur la région des reins; dans l'un et l'autre cas, il faut purger la malade; en d'autres termes combattre par la saignée générale des accidents nerveux *urinémiques* prochainement redoutables; combattre par la saignée révulsive la congestion rénale *URINÉMIGÈNE*, première et seule cause de tout ce mal; combattre encore, par la dérivation intestinale, cette même congestion rénale; tel est en trois phrases tout le plan du traitement.

Pour faire comprendre l'importance de la saignée comme moyen *préventif*, dit Cazeaux, Dewees rapporte le fait suivant: « Une dame primipare qui, vers la fin de sa grossesse, ressentait de fréquentes douleurs de tête, négligea de se faire saigner et éprouva, dès le début du travail, une attaque d'éclampsie grave, à laquelle néanmoins elle survécut. Pendant sa seconde grossesse, elle fut saignée assez abondamment et accoucha sans accident. A sa troisième et à sa cinquième grossesse, la saignée ne fut pas pratiquée, et elle fut prise de convulsions; tandis qu'aux autres gestations elle eut recours à ce moyen et accoucha très-heureusement. »

En dépit de ces sages préceptes de Cazeaux, resté médecin malgré ses théories, personne à Paris ne saigne plus la femme enceinte atteinte de congestion et menacée d'éclampsie. Que dis-je? exagérant une doctrine qui ne déplaît pas démesurément à la paresse naturelle à l'homme, vous qui m'écoutez, vous n'avez plus même de lancette et ne savez plus saigner; c'est un malheur.

Tenez, s'il fallait surabondamment démontrer le mal fondé de la doctrine de l'anémie des femmes enceintes, — je dis l'anémie quantitative, *ad quantitatem*, — j'invoquerais les contradictions sans nombre que présente le livre classique de Cazeaux, lequel a le plus contribué à répandre parmi nous cette doctrine.

Cazeaux, qui voyait une anémique dans toute femme grosse, ne parle que de « congestion cérébrale, » de « congestion cérébro-spinale, » de « pléthore séreuse, » à propos de la femme éclamptique ou menacée de l'être, et il conforme sa thérapeutique à son langage. Que signifie cet écart entre la pratique et la théorie? sinon que le médecin émérite

se sépare ici du savant improvisé; que, dominé par l'évidence, guidé par la tradition et l'expérience, Cazeaux oublie momentanément la doctrine pour ne voir que les faits; qu'enfin, sagement inconséquent en redevenant praticien, il s'inspire des faits seuls, — et fait bien.

En réalité, toute l'erreur, — mais elle est considérable par les conséquences qu'elle a eues dans la pratique — toute l'erreur vient de ce qu'on n'a pas su voir que la femme enceinte pouvait être à la fois *anémique* QUALITATIVEMENT et *pléthorique* QUANTITATIVEMENT, c'est-à-dire que, si le chiffre de ses globules avait un peu diminué dans chaque litre de son sang, *le nombre de ces litres de sang avait néanmoins augmenté*, et que là précisément pouvait être le péril.

Tel est, messieurs, le secret du désaccord entre la doctrine, vraie, du passé concernant la pléthore de la femme enceinte et le fait, non moins vrai, de l'abaissement possible du chiffre de ses globules.

Vainement donc, maintenant, m'objecterez-vous les analyses chimiques qui démontrent l'anémie des femmes grosses : l'anémie peut exister, en effet, vous répondrai-je, mais elle est *qualitative* seulement. Eh bien ! à ces femmes enceintes, anémiques de la sorte, mais que tourmente néanmoins leur pléthore quantitative, faites des saignées d'anémiques : au lieu de leur tirer 1,000 ou 500 grammes de sang pour conjurer le péril d'une congestion *actuelle*, pulmonaire, hépatique ou rénale, tirez-leur-en 250, 200, 150 même. Et s'il fallait encore un argument pour vous convaincre de l'utilité comme de la nécessité d'une saignée en pareille conjoncture, j'invoquerais la pratique d'un des plus fervents sectateurs de l'anémie : Beau, ce Broussais à l'envers, Beau qui voyait partout la dyspepsie et partout l'anémie consécutive, Beau ne saignait personne, excepté, savez-vous qui ? excepté les femmes enceintes ! Dans son service d'accouchements de l'hôpital Cochin, me disait récemment M. Just-Lucas-Championnière, toutes les fois que Beau voyait une femme enceinte prise d'étouffements ou d'hémoptysie, il lui faisait pratiquer une saignée de 100, 90, ou même 80 grammes de sang.

A l'exemple de ce grand médecin, qui savait rester clinicien malgré ses théories, faites de petites saignées quand l'indication vous en presse, et vous conjurerez les accidents de la pléthore pulmonaire, hépatique ou rénale, c'est-à-dire, dans ce dernier cas, les accidents de l'urinémie puerpérale, l'éclampsie.

Maintenant, rien n'a été fait pour prévenir cette éclampsie ; ou bien

elle est survenue avec une foudroyante brusquerie, que faut-il faire?

On n'a ni prévu ni prévenu l'éclampsie, et celle-ci se manifeste soudain dans toute sa hideuse évidence. En pareil cas, que faut-il faire? Le plus habituellement saigner, saigner encore.

Pensez-vous que j'exagère ici, ou que je manque de compétence? Eh bien, voici à l'appui de la doctrine que je soutiens à l'aide d'arguments de toute sorte, à l'aide de l'anatomie, de la physiologie, comme de la clinique, voici l'opinion d'un homme considérable, de Stoltz :

Prié par le D^r Charpentier de lui donner son avis sur le meilleur traitement de l'éclampsie, le savant professeur d'obstétrique de Strasbourg lui répondait : « Je vous dirai que *la saignée*, qui, dans ces derniers temps, a été presque entièrement abandonnée, m'a le plus souvent rendu d'éminents services (1). »

C'est l'avis de tous les hommes que n'a pas aveuglés l'esprit de système, celui de quelques-uns de vos maîtres les plus justement respectés, de Dubois, de Depaul, de Cazeaux lui-même. Chacun d'eux vous enseigne que la saignée est alors le mode de traitement le meilleur. Certes, et malheureusement, pour des raisons que je vais tenter d'exposer tout à l'heure, on ne guérit pas ainsi, et nécessairement, toutes les femmes atteintes; mais chez celles mêmes qui ne guérissent pas, un soulagement si appréciable suit la saignée, qu'il faut être bien entêté de son système pour se refuser à le voir.

Ici, encore un fait à l'appui, et qui n'est pas de ma pratique : M. le professeur Hardy, qui dirige, entre autres, un grand service d'accouchements à l'hôpital Saint-Louis, et qui saigne les éclamptiques, m'a raconté le fait suivant, en m'autorisant à vous le citer :

Un jour il est appelé auprès d'une jeune dame enceinte, en proie depuis plusieurs heures aux convulsions de l'éclampsie, et qu'un homœopathe laissait béatement mourir; — au moins était-il homœopathiquement dans son droit. M. Hardy, en présence de ce grand danger, qu'aucune action thérapeutique ne venait conjurer, propose et pratique, séance tenante, une saignée. Les convulsions ne tardent pas à disparaître, et il ne reste plus des accidents nerveux tout à l'heure si formidables, qu'un état semi-comateux. Pour continuer le bon effet de la saignée et achever la cure, M. Hardy ordonne l'application de sangsues derrière l'oreille, et se retire. Il revoit le lendemain matin la

(1) Charpentier. *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*, thèse d'agrégation, Paris, 1872, p. 147.

jeune dame, la retrouve dans le même état de demi-coma, et s'aperçoit que les sangsues n'ont pas été appliquées; il les fait mettre aussitôt, et dans la journée tout accident avait cessé; la connaissance était définitivement revenue, la malade était guérie.

C'est là un cas de la pratique habituelle de M. Hardy pour les éclampsiques de son service, et je ne vous le rapporte que parce qu'il est probant par les circonstances spéciales qui l'ont accompagné, la médication antiphlogistique succédant brusquement à l'expectation homœopathique, lui succédant malgré les répugnances et l'hostilité du milieu, et lui succédant triomphalement chaque fois.

Maintenant, par tout ce que je vous ai dit de la pathogénie de la sérumurie gravidique et de l'urinémie *éclampsigène*, vous comprenez, de reste, pourquoi l'éclampsie des femmes grosses est plus redoutable au neuvième mois qu'au cinquième, et pourquoi la saignée et le traitement déplétif du rein sont moins puissants à une période avancée de la grossesse qu'à une période plus récente : c'est qu'au neuvième mois, au moment de l'accouchement, l'hyperémie rénale urinémigène est de *deux, trois ou quatre mois PLUS AGÉE* qu'au septième, sixième ou cinquième mois de la grossesse; qu'ainsi cette hyperémie plus vieille a pu produire et a produit le plus souvent ses méfaits habituels, c'est-à-dire la *lésion brightique* du rein, la néphrite interstitielle sérumurique : vous l'avez bien vu chez nos deux malades de la salle Sainte-Adélaïde : leurs reins, surtout ceux de la première, avaient l'aspect de la chair d'anguille, indice d'une des altérations les plus profondes de l'organe. *Elles étaient donc brightiques*, et c'est pour cela qu'elles n'ont pas guéri par la saignée; mais elles n'étaient ainsi brightiques que parce que leur congestion rénale sérumuripare et urinémigène datait de quatre ou cinq mois peut-être.

Or, supposez qu'on eût traité cette congestion sérumurique dès qu'on eût constaté la présence du sérum dans leur urine, et l'on eût radicalement guéri ces malades en faisant disparaître la congestion, et *parce qu'elles n'avaient qu'une congestion*.

Or, supposez encore qu'elles eussent eu leur attaque d'éclampsie au cinquième mois de leur grossesse, c'est-à-dire au début même de leur congestion (celle-ci étant dès lors suffisamment intense et étendue à la totalité du parenchyme rénal, pour entraîner l'urinémie et l'éclampsie symptomatique), supposez cela, et alors la saignée associée au traitement déplétif du rein guérissait à la fois la malade de

son éclampsie comme de sa congestion rénale génératrice de l'urémie, génératrice elle-même de l'éclampsie. De telles femmes ne guérissent ainsi et aussi vite que parce *qu'elles n'avaient pas de lésion rénale*.

C'est pourquoi la dame anglaise dont je vous ai parlé dans une leçon précédente, qui eut son attaque d'éclampsie vers le cinquième mois de sa grossesse, guérit si bien par la saignée que je lui fis. C'est par la même raison que mon interne Lausannois guérit également et si vite et si bien, son éclampsie étant d'origine *scarlatineuse*. Dans les deux cas, en effet, la congestion rénale qui avait entraîné l'urinémie était évidemment de date récente, et il ne pouvait, forcément, nécessairement, matériellement, y avoir encore que de la congestion, laquelle fut mise à néant par le traitement hardiment spoliateur employé. Avec la décongestion du rein recommencèrent les fonctions normales de l'organe, et par le retour de celles-ci disparut à jamais l'urinémie, cause de l'éclampsie. Tel est le secret de la guérison de l'éclampsie par la saignée dans certains cas, de sa persistance, au contraire, dans certains autres.

Est-ce à dire pour cela qu'il ne faut pas saigner l'éclamptique au neuvième mois ou au moment de l'accouchement? En aucune façon cette conclusion ne serait motivée. Vous ignorez le plus souvent la date de la sérumurie, — elle peut être récente en effet, et par suite rapidement curable; — vous n'avez pas toujours le temps ni les moyens matériels de voir si les urines contiennent les cylindres épithéliaux accusateurs de la lésion rénale, — et d'ailleurs même alors celle-ci peut encore guérir. Pour toutes ces raisons, employez donc encore la médication antiphlogistique ou déplétive.

La saignée peut guérir définitivement au terme de la grossesse l'éclamptique, en tant qu'éclamptique, en mettant fin aux accidents nerveux de l'urinémie; et l'accouchement la peut guérir radicalement, en tant que sérumurique, en faisant cesser la pléthore rénale urinémiqène; mais à la condition, nous venons de le voir, que la pléthore rénale soit récente, qu'il n'y ait que congestion de l'organe; en d'autres termes, qu'il n'y ait pas de lésion profonde, définitive et incurable.

Mais si la pléthore rénale est de date reculée, qu'elle remonte au cinquième, sixième ou septième mois, qu'elle ait eu ainsi le temps de produire ses désordres habituels, alors la saignée guérit ou peut guérir de son éclampsie la femme en couche, mais elle ne fait disparaître qu'un effet de l'urinémie; car *la lésion rénale persiste*. De sorte que si l'accouchement fait diminuer la sérumurie dans ce qu'elle a d'exces-

sif, néanmoins la femme reste brightique, et vouée aux accidents ultérieurs possibles d'un pareil état. Tel fut, entre bien d'autres, le cas d'une malade dont je vous parlerai plus tard.

Cette saignée, comment agit-elle? Est-ce simplement en diminuant la masse sanguine en circulation ou d'une façon plus complexe, que j'ai essayé de mettre en lumière dans mes leçons sur la *saignée dans la pneumonie* (1)? Je crois qu'elle agit surtout en produisant une contracture vasculaire. En effet, si vous retirez 250 à 300 grammes de sang par votre saignée, vous n'avez pas beaucoup diminué la masse liquide circulante, mais ce que vous avez produit, ce qui est évident, c'est la pâleur de la face, c'est-à-dire la diminution de la masse du sang dans les petits vaisseaux. Et comme ce n'est pas la quantité du sang retiré qui peut avoir ainsi diminué leur calibre, il faut nécessairement que ce soit par une contracture active de ceux-ci, et par suite d'une action générale sur le sympathique névro-vasculaire, action générale dont l'effet extrême est la *syncope*, et l'effet premier la pâleur.

Ainsi par la saignée un premier fait, physique, spoliation légère; un deuxième fait, dynamique, contracture vasculaire; un troisième fait, éventuel, arrêt de l'attaque d'éclampsie. Or, comment comprendre ce dernier fait (incontestable comme l'est un fait), si l'éclampsie est le résultat d'une anémie du bulbe? N'est-il pas contradictoire de diriger la saignée, qui anémie par spoliation et contracture vasculaire, contre l'état anatomique du bulbe, qui est précisément une anémie?

C'est qu'en réalité une attaque d'éclampsie se compose d'une série d'accès convulsifs subintrants, dont chacun se termine par une période de coma, c'est-à-dire de congestion cérébrale; qu'ainsi l'hyperémie terminale du premier accès s'ajoute à l'anémie initiale du second et de même indéfiniment; qu'ainsi l'anémie bulbaire finit par n'être plus que très-relative et d'autant plus que l'attaque durera plus longtemps, c'est-à-dire qu'il y aura eu plus d'accès successifs subintrants. Et comme, d'ailleurs, on intervient rarement au premier accès, mais le plus souvent dans le cours d'une attaque qui compte déjà plusieurs de ces accès subintrants, il s'ensuit que ce que l'on a à combattre et ce que l'on combat en réalité, c'est un état anatomique de congestion cérébrale et bulbaire; lequel est révélé par l'aspect cyanotique, subasphyxique du plus grand nombre des malades; lequel était évident chez mon

(1) *Leçons de clinique médicale*, t. I, *Les pneumonies*, p. 731.

Lausannois, chez ma dame anglaise, chez la malade de la Charité dont je vous ai parlé, qu'on laissait bravement mourir, sans la saigner, d'une attaque qui durait depuis dix-heures, où le coma dominait de beaucoup sur la convulsion, c'est-à-dire l'hyperémie sur l'anémie, et qu'une saignée fit cesser.

Ce qui est aussi certain que cet aspect cyanotique et évidemment congestif, c'est le bien-être immédiat qui suivit la saignée chez ces malades, et la guérison qui suivit ce bien-être.

Mais cet effet qu'a la saignée sur le cerveau, elle l'a semblablement sur le rein : elle le fait pâlir par contracture vasculaire, comme par diminution de la masse circulante; et puisque c'est la congestion rénale qui produit la sérumurie, et la sérumurie l'urinémie, et l'urinémie l'éclampsie, l'anémisation du rein tend à guérir radicalement la malade. La saignée est donc rationnelle à ce double titre, qu'elle décongestionne en tant que produisant une spoliation et une contracture vasculaire, et qu'elle combat l'éclampsie dans sa cause prochaine, l'état anatomique du bulbe, et dans sa cause première, l'état anatomique du rein.

(A suivre.)

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

NOUVEAUX PORTE-LACS

NOTE PRÉSENTÉE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Par M. le Dr Lambert.

Cette question est une des plus intéressantes de l'obstétrique, aussi a-t-elle vivement excité l'imagination de bon nombre d'auteurs, lorsque le membre à fixer se trouve assez profondément dans les organes génitaux. Et cependant, malgré le grand nombre de procédés qui ont été imaginés à ce sujet, aucun d'entre eux n'est à l'abri de toute objection : c'est ce qui nous a engagé à diriger nos études vers cette partie de l'obstétrique. — Nous passerons d'abord en revue les divers procédés dont nos devanciers ont fait usage, et nous en verrons les imperfections que nous avons tâché d'éviter dans les nôtres, que nous décrirons ensuite.

1° De Deventer et d'autres accoucheurs de son époque se servaient de la main, et, après avoir porté le lacs au-dessus des malléoles, ils en tordaient les bouts. Ce procédé n'est guère applicable, car il est évident que le lacs va lâcher prise aux moindres tractions. Ensuite, le cordon ombilical,

dans les cas de prolapsus, peut être comprimé entre les deux chefs tordus et déterminer la mort de l'enfant.

2° Smellie conseille un procédé tout aussi défectueux que le précédent : il consiste à placer un lacs sur son poignet et à le faire glisser au-dessus du pied du fœtus, avec les doigts de l'autre main ou avec une baleine, si le membre est dans le vagin.

3° Le procédé de Baudelocque, au moyen des deux mains, n'est applicable que si le pied est à la vulve ou très-près dans le vagin.

4° D'autres accoucheurs de l'époque de Baudelocque employèrent une espèce de petit forceps pour y porter le lacs ; ce procédé est très-défectueux.

5° Nevermann eut recours au même instrument légèrement modifié.

6° Cazeaux se servait aussi de la main ; nous avons parlé plus haut de ce procédé.

7° Instrument de Tréfurt employé aussi par Scanzoni. Il consiste en une pince longue de 38 centimètres, dont les deux branches, amincies à leur sommet, sont réunies quand les anneaux de la poignée sont écartés, un ressort les forçant à se tenir dans cette position aussi longtemps qu'on ne presse pas sur eux, etc. (Voir pour plus de détails les traités d'accouchements.) Cette pince ressemble assez à celle à deux branches dont se servent les repasseuses pour tuyauter les bonnets, et qu'on pourrait même utiliser dans le même but.

Cette pince est susceptible de plusieurs objections : d'abord elle est d'une application assez difficile ; ensuite, elle peut enlacer, soit le cordon ombilical, soit même la main du fœtus ; enfin l'anneau formé autour du membre est très-grand (22 à 25 centimètres) et peut facilement glisser sur les malléoles et au-dessus des doigts de l'accoucheur, au moment où il retire la pince conductrice.

8° M. Hubert a recours à un procédé qui offre de grandes analogies avec celui de Smellie. Il se sert d'un lacs et d'une longue pince à polypes. Nous n'en décrirons pas le mode d'emploi, mais nous ferons remarquer que tout en étant d'une grande ressource, ce procédé est d'une application difficile et lente, et qu'il a aussi l'inconvénient d'exiger l'intervention d'un aide.

9° La pince à pieds de M. Van Huevel. Celui-ci n'a pas tardé à reconnaître que son instrument ne répondait pas aux espérances qu'il en avait conçues, et qu'il lâchait prise en glissant sur le pied.

10° Quelques années plus tard, le même auteur imaginait une nouvelle pince beaucoup plus perfectionnée et plus applicable que la précédente. Toutefois, cet instrument est d'une application assez difficile, et de plus il n'est pas toujours sûr dans ses résultats, car le lacs peut glisser.

11° L'instrument de M. Wasseige est composé d'un lacs et d'une longue pince. Il est aussi d'un emploi difficile et incertain dans ses résultats ; de plus, la présence de l'instrument dans le vagin peut entraver l'intervention de la main opposée à celle qui tire sur le lacs, pour refouler la partie du fœtus qui se présente.

12° Enfin le porte-nœud de M. Hyernaux, composé d'une tige creuse, munie d'un manche à l'une de ses extrémités ; à l'autre, d'un tube recourbé,

simulant un fer à cheval, et composé de deux moitiés juxtaposées ou écartées, au gré de l'opérateur. Ce tube est destiné à recevoir l'anse du lacs. Son canal doit être plutôt un peu aplati que parfaitement cylindrique; etc.... (Pour plus de détails, voir l'auteur).

Cet instrument, nous devons le reconnaître, est très-ingénieux, et présente des avantages réels sur ceux qui ont été imaginés avant lui. Il est d'une application prompte et facile; toutefois il a l'inconvénient d'être métallique et par conséquent très-rigide, et de coûter assez cher.

Porte-nœud de l'auteur. Notre but a été été de trouver un instrument que chacun puisse se préparer au moment du besoin, et qui soit d'une sûreté et d'une facilité d'application incontestables.

Nous espérons avoir obtenu ce résultat.

Description de l'instrument (figures I et II). — Il se compose : d'un lacs d'un mètre de longueur et d'une sonde en caoutchouc munie de son mandrin et dont le calibre est en rapport avec le volume du lacs.

Pour employer le lacs ordinaire, nous prenons une sonde numéro 17 ou 18, dans laquelle, le mandrin étant retiré, nous faisons passer, de bas en haut, au moyen d'un fil de fer recourbé en crochet très-étroit, le lacs plié en double, de manière que l'anse ainsi formée vienne passer à travers l'œillet; tandis que les deux chefs du cordon dépassent, d'une certaine quantité, l'extrémité inférieure de la sonde, afin de pouvoir y déterminer des tractions, quand il s'agira de serrer le nœud. On peut aussi faire passer ces deux chefs dans l'anneau du mandrin qu'on introduit alors dans la sonde, afin de mieux assujettir celui-ci et de faciliter le glissement du cordon.

L'anse du cordon passée dans l'œillet de la sonde est repliée sur elle-même, de manière à la transformer en nœud-coulant. L'extrémité de l'anse ainsi pliée est ensuite passée dans le bout supérieur du mandrin à travers l'œillet de la sonde. Pour arriver à ce résultat, par quelques mouvements manuels, on fait sortir la pointe du mandrin à travers l'œillet de la sonde; on la pousse un peu plus haut et l'on insinue, entre elle et l'œillet, l'anse du cordon qu'on fait pénétrer aussi profondément que possible dans ce petit espace anguleux; puis on fait descendre lentement le mandrin, en maintenant avec soin l'anse du cordon aussi bas que possible entre l'œillet et le mandrin, qu'on fait rentrer dans la sonde pour l'y repousser ensuite jusqu'au sommet.

L'instrument se trouve ainsi tout préparé.

Toutefois, il est utile pour qu'il n'y ait pas de méprise, dans les diverses parties du nœud coulant, lorsqu'il s'agira de l'appliquer sur le membre, de mettre deux petites ligatures pour réunir les deux chefs du cordon formant le nœud. De cette manière, leur écartement ne sera plus possible, et l'on ne risquera pas de voir l'anse du cordon se dérouler sans que le nœud soit formé, ce qui pourrait arriver en faisant passer le membre du fœtus sur lequel doit porter le lacs, entre deux parties contraires du cordon. Ces deux ligatures se trouvent, l'une près de l'anse, l'autre vers la partie moyenne

du nœud-coulant ainsi préparé. Elles ne gênent, du reste, en rien l'application du lacs, et n'ont d'autre but que de maintenir accolés les deux chefs du cordon. On peut aussi graisser le lacs avant de le faire passer dans la sonde, pour en faciliter le glissement, dût-on envelopper ensuite d'un linge, la partie sur laquelle on doit déterminer des tractions.

Mode d'emploi. — L'instrument ainsi préparé, on l'enduit d'un corps gras ; puis on le saisit par sa partie inférieure, de la main opposée à celle qui tient le membre sur lequel le lacs doit être appliqué ; on détermine en même temps une légère pression, de bas en haut, sur l'anneau du mandrin qu'on maintient ainsi parfaitement fixe. On introduit ensuite la sonde dans les organes génitaux, le long de la face antérieure du bras qui tient le membre du fœtus, et qui sert de conducteur à l'instrument. L'extrémité supérieure de la sonde étant arrivée près de la partie sur laquelle le nœud doit être fixé, au moyen des doigts index ou médius et du pouce, on ouvre l'anse du nœud et l'on y fait passer le membre saisi. Si l'anse n'était pas assez large, on pourrait l'augmenter en tirant, de la main qui est à l'intérieur, sur la portion du nœud qui correspond aux deux chefs du cordon contenus dans la sonde ; en même temps, on ne cesse d'exercer, avec le pouce, une certaine pression de bas en haut sur l'anneau du mandrin, pour empêcher celui-ci de glisser. L'anse du nœud étant fixée autour du membre, on détermine, avec la main qui se trouve à l'extérieur, une certaine traction sur les deux extrémités du cordon, de manière à serrer le nœud ; puis on enlève le mandrin, et l'on continue les tractions sur les deux chefs du cordon, tout en appliquant l'œillet de la sonde contre la partie sur laquelle on porte le nœud. On peut encore retirer le mandrin dès que le nœud est jeté sur le membre, et exercer immédiatement les tractions que nous venons d'indiquer ; le résultat est le même et l'application plus expéditive, dans ce derniers cas.

Par ce procédé, on fixe le nœud coulant aussi sûrement, que l'on veut, et le membre saisi peut être aussi serré qu'on le désire. En un mot, le lacs sera peut-être mieux fixé que si l'on opérât à découvert, le membre se trouvant à l'extérieur. Enfin, on retire la sonde et l'opération est terminée et très-bien assurée.

Avantages de ce porte-nœud. — 1° Il a le grand avantage de ne coûter que la valeur de la sonde en caoutchouc, et de pouvoir être courbé, au gré de l'opérateur, si cela est nécessaire pour contourner la partie du fœtus qui se présente.

2° Il peut être fabriqué, immédiatement au moment du besoin, par tout accoucheur ; du reste, une simple sonde en caoutchouc n° 9, que tout médecin peut avoir en poche, suffit parfaitement pour pratiquer cette opération ; on prend alors un lacs assez mince, mais qui peut cependant avoir sa largeur ordinaire.

3° Il est d'une application aussi simple que possible, et, en même temps, prompt et sûr.

4° Il n'exige pas de mouvement de demi-cercle ni d'écartement de bran-

ches, comme divers instruments métalliques, ce qui nécessiterait un certain espace libre autour de la partie qui doit être contrainte par le nœud, et l'anse du nœud se présente dans une direction tout à fait perpendiculaire par rapport à l'axe du pied qui y pénétrera avec la plus grande facilité.

5° Le nœud est porté, de bas en haut, sur le membre à saisir, de sorte qu'on sera toujours sûr de son application ; pas de doute ni de tâtonnement possibles.

6° Il ne peut varier, dans ses dimensions, qu'au gré de l'opérateur et ne peut dévier pendant l'introduction.

7° Si l'extrémité du membre saisi était augmentée de volume, sous l'influence d'une cause quelconque, l'opérateur peut toujours agrandir le nœud à son gré, sans craindre de rien déranger dans le mécanisme de l'instrument, en tirant sur les deux chefs du lacs qui sont compris dans la sonde, tandis qu'on maintient celle-ci fixée, de l'autre main ; on n'a besoin, pour cela, ni de retirer l'instrument à l'extérieur, ni de lâcher le membre.

8° Le nœud, une fois fixé sur le membre, ne glissera pas sur les doigts, et encore moins sur la main de l'opérateur, puisqu'on peut immédiatement après son application, le faire diminuer autant qu'il est nécessaire, pour maintenir la partie du fœtus sur laquelle il est fixé.

9° Cet instrument, de même que celui de M. Hyernaux, porte le nœud tout fait et présentant une ouverture en rapport avec le membre à saisir.

10° Le nœud se serre immédiatement sur la partie du fœtus sur laquelle il doit être fixé et ne peut jamais l'abandonner.

11° Son petit volume et son uniformité permettront toujours son introduction le long du bras qui lui sert de guide dans les organes génitaux.

12° Enfin l'instrument est d'une seule pièce, et il est de toute impossibilité que des parties étrangères viennent s'insinuer dans l'anse du nœud, puisqu'elle est aplatie contre la tige et tournée du côté du bras et de la paume de la main, pendant l'introduction.

Nous croyons donc pouvoir le dire en terminant, cet instrument nous semble répondre à toutes les exigences, même les plus rigoureuses, puisqu'il est simple, expéditif, d'application sûre et facile, qu'il peut être préparé sur-le-champ, par un aide, sans qu'on ait besoin de retirer la main de la matrice ; puisque enfin il ne coûte rien, et qu'il est très-transportable si l'on veut l'avoir prêt à l'avance. De plus, cet instrument a l'avantage d'être doux et de ne pouvoir jamais blesser les organes génitaux ; en dernier lieu, il est flexible et peut s'accommoder à toutes les directions et contourner toutes les parties du fœtus qui peuvent se présenter.

Ce *porte-nœud* peut encore s'appliquer d'une autre façon (fig. III) :

Supposons la main dans l'intérieur des organes génitaux, tenant le membre sur lequel on veut porter le lacs ; on passe celui-ci en double, dans l'intérieur de la sonde, de manière que l'anse vienne sortir par l'œillet. On jette cette anse autour du poignet de l'opérateur, et l'on fait passer la sonde à travers celle-ci, de manière à former le nœud coulant. On ramène ensuite, par le mécanisme que j'ai indiqué précédemment, l'anse du cordon dans l'œillet de la sonde où elle est traversée par le mandrin qui l'y maintient fixe. On tire sur les deux extrémités du cordon de manière à diminuer l'éten-

due du nœud coulant et à lui laisser cependant la largeur nécessaire pour exécuter les manœuvres qui doivent avoir lieu. On fait alors pénétrer le lacs au moyen de la sonde, dans les organes génitaux, le long du bras qui est à l'intérieur, comme guide, en imprimant à celle-ci des mouvements de rotation autour du bras, pour faire glisser le cordon; on tire sur les deux bouts du lacs pour diminuer l'étendue de l'anse double qui entoure le bras, quand cela est nécessaire.

On n'a nul besoin ici de l'intervention d'un aide comme dans le procédé de M. Hubert.

Lorsque le cordon est arrivé sur le pied, on retire le mandrin, on exerce des tractions sur les extrémités libres du lacs, et le nœud est serré; on enlève ensuite la sonde.

Ce procédé n'est qu'une modification de celui de M. Hubert, mais il a sur lui plusieurs avantages :

1° Il est plus facile et plus ordinaire d'être muni d'une sonde en caoutchouc que d'une pince à polypes;

2° Cet objet est moins coûteux et plus à la portée de tout le monde;

3° Il est bien plus facile de manier une sonde et surtout d'exercer avec elle les mouvements de circumduction autour du bras tenant le pied, mouvements qui sont nécessaires pour faire pénétrer le lacs;

4° Son introduction est toujours moins offensive que celle d'un instrument métallique;

5° Elle exclut l'intervention d'un aide, dès que l'anse du cordon est jetée autour du bras de l'opérateur, traversée par la sonde et passée ensuite dans l'œillet de celle-ci, derrière le mandrin. On pourrait même, au besoin, faire soi-même cette petite manœuvre, avec le bras libre, en s'aidant des genoux pour maintenir la sonde immobile.

Autre procédé (fig. IV). — On peut aussi se servir d'une simple sonde en caoutchouc, avec ou sans mandrin, et d'un lacs ordinaire. Dans ce cas, on plie l'une des extrémités du cordon de manière à en faire une petite anse qu'on fixe par quelques points de suture. On fait passer, par cette anse, l'autre extrémité du lacs qu'on attire ensuite par l'œillet, dans la sonde, au moyen d'un petit fil de fer recourbé, soit le mandrin de la sonde, par exemple. Ce chef du cordon dépasse inférieurement la sonde d'une certaine quantité, afin de pouvoir y déterminer des tractions, pour serrer le nœud dès qu'il sera appliqué. On fait alors passer l'extrémité supérieure de la sonde dans l'anse suturée du cordon, et l'on fait descendre celle-ci jusqu'au-dessous de l'œillet. On a ainsi un nœud coulant qui ne fera jamais défaut.

Mode d'emploi. — On introduit la sonde dans les organes génitaux, comme dans le cas précédent, le long du bras et de la main de l'opérateur qui tient le pied du fœtus; pendant cette manœuvre, l'anse suturée du cordon glisse vers la partie inférieure de la sonde. Lorsqu'on est arrivé au pied, on la ramène jusque près de l'œillet à l'aide d'un doigt de la main qui est dans la matrice; on fait passer le pied dans le nœud coulant, on retire un peu la sonde et l'on fait glisser, au delà de son extrémité supérieure, l'anse suturée

du cordon. Le nœud coulant est fait, il ne reste plus qu'à le serrer, en déterminant des tractions sur le chef du lacs qui dépasse l'extrémité inférieure de la sonde. Le nœud étant bien serré, on retire la sonde et la manœuvre est terminée.

Fig. I.

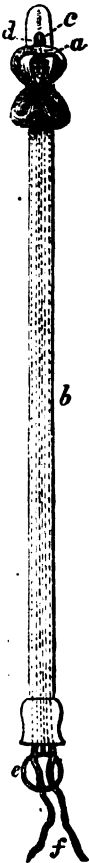


Fig. II.

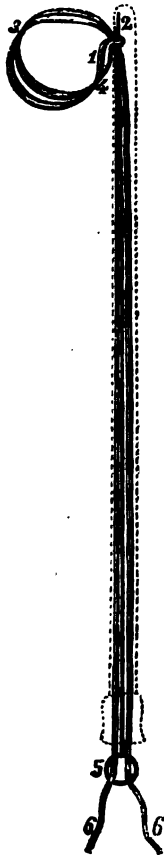
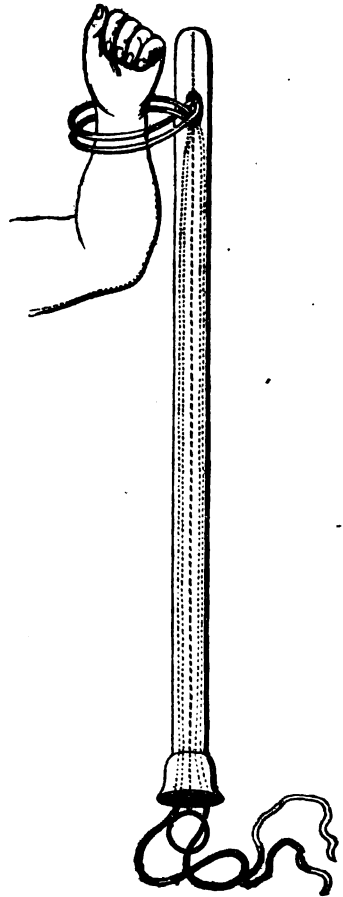


Fig. III.



Avantages. — Ainsi qu'on le voit, ce porte-nœud possède à peu près les mêmes avantages que le précédent; de plus, il est peut-être plus expéditif et d'une application plus facile encore.

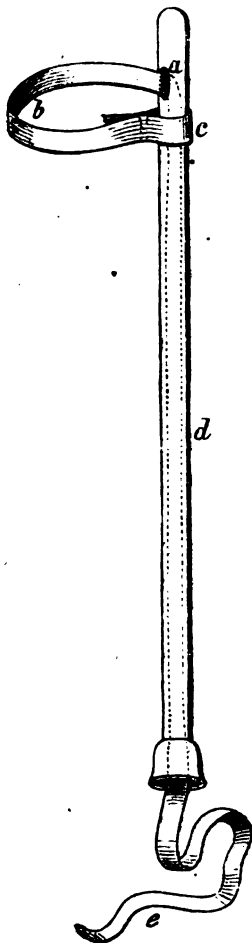
Autres procédés. — Supposons-nous en promenade à la campagne, n'ayant avec nous qu'une sonde en caoutchouc ordinaire, ou même rien de tout cela. Nous sommes appelés pour un accouchement qui va nécessiter l'application d'un lacs; supposons, par exemple, que nous devons extraire l'enfant en faisant la version; le cas est pressant; il faut en finir de suite.

Que faire?

Plusieurs procédés s'offrent immédiatement à notre esprit :

1^o Si nous avons une sonde, quelque petit qu'en soit le calibre, elle pourra nous servir ; si nous n'en avons pas, nous pouvons y substituer une simple baguette que nous coupons à une haie, et, de préférence, nous en choisis-

Fig. IV.



sons une qui jouisse d'une certaine flexibilité. Nous introduirons la sonde ou la baguette dans l'intérieur d'une longue mèche (double) de quinquet, qu'on peut se procurer à peu près partout, et dont tout accoucheur peut, du reste, être muni. On plie ce cordon en deux parties égales, la baguette étant contenue dans l'un des deux chefs qui en cache en même temps les aspérités.

On fait ensuite un nœud coulant vers l'extrémité supérieure sur la baguette enveloppée du cordon au moyen de l'autre chef de celui-ci ; on a soin de laisser une certaine portion de mèche libre, au-dessus du nœud, de manière à avoir une anse dans laquelle on peut facilement faire passer le pied du fœtus. Le lacs étant ainsi appliqué, on retire la baguette ou la sonde, et l'on exerce une traction sur la portion de cordon qui enveloppait ce corps conducteur, en même temps qu'on pousse le nœud coulant vers le haut, au moyen du pouce de la main qui se trouve dans les organes génitaux. On peut serrer ce nœud aussi fort qu'on le désire. Le lacs est ainsi placé et bien assuré.

Ce procédé est aussi avantageux que les précédents ; de plus, il n'exige qu'une simple baguette qu'on peut se procurer partout.

Enfin, si l'on n'avait pas à sa disposition la mèche indiquée, on pourrait faire quelque chose d'analogue, au moyen d'un large cordon, ou même d'une bandelette d'un tissu quelconque dont les deux bords seraient cousus dans une étendue suffisante pour recouvrir la baguette.

2^o Un autre procédé consiste à faire passer, par l'œillet d'une sonde et à travers la paroi qui se trouve en face, un lacs dont on tire les deux chefs de manière à les avoir égaux. On plie l'un d'eux en anse au-dessus de l'œillet, et l'on en fait, à ce niveau, un nœud coulant.

On introduit la sonde, on fait passer dans l'anse du cordon le membre saisi du fœtus, et l'on pousse, au-dessus de l'extrémité supérieure de la sonde, le nœud qu'on a eu soin de ne pas trop serrer.

On détermine une légère traction sur le chef le plus long, c'est-à-dire

sur celui qui est resté libre ; le lacs se trouve ainsi très-bien appliqué. On peut laisser ou retirer la sonde indifféremment. Si on la laisse, elle peut servir à opérer les tractions sur le membre avec le lacs ; si on l'enlève, le chef libre du cordon qui la traverse s'en dégage, et le nœud reste parfaitement appliqué. — On peut enduire préalablement le cordon de cérat ou de tout autre corps gras, afin d'en faciliter le glissement. (*Scalpel.*)

Sur le POSTURAL traitement de la procidence du cordon ombilical.

Par **John Brunton**, chirurgien accoucheur à la *Royal Maternity Charity*, membre de la Société obstétricale de Londres, etc.

La plus grande partie de ce mémoire a déjà été lue devant la Société médicale de Londres, le 3 décembre 1870, et je ne le reprends ici que pour plusieurs raisons :

1° A cause de la grande mortalité qui atteint les enfants, quand il se produit pendant le travail une procidence du cordon, et cela malgré les moyens ordinaires de traitement ;

2° Parce que nous possédons aujourd'hui une méthode qui est presque inconnue à la plupart des praticiens qui s'occupent d'accouchements ;

3° Parce que cette méthode de traitement n'est pas mentionnée dans beaucoup de nos manuels ou de nos ouvrages classiques d'accouchements, et, quand elle est citée, ce n'est que d'une façon rapide, sans y insister. Barnes, dans son remarquable ouvrage sur les opérations obstétricales, ne dit que ces quelques mots de la méthode dont je veux parler, c'est-à-dire de la *postural* méthode de réduction du cordon ombilical prolabé : « Par la posture sur les genoux et sur les coudes, on peut souvent éviter l'emploi de tous les instruments » (page 12). Et plus loin : « La *postural* position, ou position sur les genoux et sur les coudes, facilite beaucoup cette opération (la réduction du cordon) » (page 179).

4° Parce que cette méthode de traitement, toutes les fois qu'elle a été employée, a paru propre à diminuer la mortalité des enfants, dont la proportion a été réduite au minimum, et cela sans entraîner le moindre danger pour la vie de la mère, et sans produire ces autres résultats qui, bien que désagréables, ne sont cependant nullement dangereux.

J'explique ces derniers mots en disant : Le forceps a été conseillé pour faire rapidement l'accouchement, quand le cordon ombilical vient

à faire procidence, mais une trop rapide délivrance peut, dans notre vif désir de sauver la vie de l'enfant, produire une déchirure du périnée, qui, non dangereuse par elle-même, n'en est pas moins désagréable pour la malade et pour le médecin.

Je n'ai pas l'intention, dans ce mémoire, d'entrer dans une discussion complète au sujet de la procidence du cordon ombilical, mais plutôt de passer en revue les diverses méthodes qui ont été proposées comme traitement de cette complication du travail de l'accouchement.

La chute du cordon ombilical est un accident qui est, en général, sans danger pour la vie de la mère, mais qui est, au contraire, extrêmement grave pour celle de l'enfant.

Dans la grande majorité des cas, si l'on ne remédie pas au prolapsus et qu'on laisse l'accouchement se terminer par les seuls efforts de la mère, la mort du fœtus est le résultat de cet accident; cette mort étant déterminée par la pression exercée sur le cordon, ce qui fait obstacle à la libre circulation fœtale, « résultat aussi sûr que celui que l'on obtiendrait en s'opposant à la respiration après la naissance. »

Quelquefois, nous voyons des cas dans lesquels le cordon étant prolabé, l'accouchement se fait spontanément, et l'enfant naît vivant. Ces cas, rares à la vérité, se présentent chez des femmes qui ont un bassin ample, avec des parties molles facilement dilatables, et chez lesquelles la délivrance a été très-rapide. Mais, dans le plus grand nombre des cas, la mort de l'enfant est le résultat de cet accident, si nous ne protégeons pas le cordon contre toute compression, ou si nous ne hâtons pas rapidement la naissance; en d'autres termes, si nous ne libérons pas le cordon de toute compression, le plus vite possible.

Je vais énumérer ici, aussi brièvement que possible, les diverses causes de prolapsus du cordon ombilical, qui sont énoncées par les divers auteurs d'ouvrages d'obstétrique :

- 1° Une quantité exagérée de liquide amniotique, l'enfant ayant un volume ordinaire;
- 2° La même cause, avec un petit enfant;
- 3° Un bassin large, avec un enfant de volume normal;
- 4° Un bassin large, avec un petit enfant, et, avec ce même bassin, la présence de jumeaux;
- 5° Mauvaise position du fœtus, telle que présentations de l'épaule ou du bras, ce qui ne permet pas à la circonférence de l'orifice interne de s'appliquer exactement sur la partie qui se présente, à cause de ses irrégularités;

6. Contraction insuffisante du segment inférieur de l'utérus. «C'est, d'après Rigby, le moyen principal qui empêche l'engagement du cordon ombilical entre la partie que l'enfant présente et les parois du bassin, à cause de l'intimité avec laquelle cette portion inférieure de l'organe entoure la partie fœtale. Sans cela, par suite de la station verticale de la femme, on aurait à craindre un prolapsus du bras ou du cordon, dans chaque accouchement » ;

7. Pour une raison similaire à la mauvaise présentation, il faut noter un rétrécissement du détroit supérieur. Dans ce cas, le cordon est exposé à s'échapper au moment de l'expulsion du liquide amniotique ;

8. L'insertion du placenta près de l'orifice interne, et, par conséquent, la situation du cordon à la partie inférieure ;

9. La longueur du cordon, s'il est très-long (je l'ai vu atteindre jusqu'à 63 pouces) ;

10. L'hydropisie du cordon, et, par conséquent, son poids excessif.

Telles sont les principales causes prédisposantes. Celles qui déterminent le plus habituellement cet accident sont :

1. L'écoulement soudain d'une grande quantité de liquide amniotique, quand la femme est debout ;

2. La rupture prématurée des membranes quand l'enfant est petit, avant terme, ou se présentant vicieusement.

Il n'est pas nécessaire de m'étendre sur le diagnostic de la procidence du cordon, ce qui n'est pas difficile à reconnaître. Et quant au pronostic, nous savons par le grand nombre d'observations rapportées par les auteurs qui s'occupent d'obstétrique, et par les relations anatomiques qui existent entre le cordon l'utérus, et l'enfant, que c'est là, en ce qui concerne ce dernier, un très-grave accident.

Quant au traitement, tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que si le cordon se présente avant la rupture des membranes il est sage et prudent de leur conserver leur intégrité. Il est évident, en effet, que tant que le liquide amniotique restera dans l'œuf, le cordon ne sera que peu ou pas comprimé. De toutes manières, il est malheureusement possible que le fœtus succombe par suite d'une compression du cordon, dans de telles circonstances.

Mais si les eaux de l'amnios se sont échappées et qu'une anse du cordon vienne faire procidence, que faut-il faire ?

Nous devons, ou bien protéger le cordon contre la compression jusqu'au moment où l'accouchement se terminera, ou le mettre à l'abri de toute compression aussi vite que possible.

Maintenant, quelles sont nos véritables ressources pour obtenir un tel résultat ?

1° Les D^{rs} Smellie, Gooch, Denman, Hamilton, Dewees, Burns, Campbell, et une foule d'autres, recommandent la version, et rapportent un grand nombre de succès obtenus par ce moyen, pourvu que les membranes n'aient pas été rompues à l'avance et que les parties soient dilatables au moment. C'est ainsi que Mauriceau dans trente-trois cas qu'il rapporte, fit la version dix-neuf fois et ne perdit qu'un enfant. Mais dans ces cas, il s'agissait d'une présentation du bras nécessitant la version. — Beaucoup d'autres auteurs ont été aussi heureux en employant le même moyen.

Il est vrai que par la version l'accouchement est habituellement terminé très-rapidement, et dans un temps plus court qu'avec tout autre moyen. Cela est certainement un avantage ; mais le danger est grand également, et chacun sait que la proportion de la mortalité des enfants est grande après les présentations naturelles des fesses ou des pieds aussi bien qu'après la version. Le cordon n'est pas par ce procédé protégé contre toute compression. Il existe une somme considérable de dangers pour l'enfant. Combien de fois avons-nous été désappointé après une version ou une présentation des fesses ou des pieds, quand le corps de l'enfant avait été amené à l'extérieur, la tête comprimait le cordon et cette compression était fatale à l'enfant. Cela s'est surtout présenté dans les cas de version où, si je ne me trompe, la mortalité a été assez élevée, deux sur trois.

Mais il est intéressant de voir comment Denman formule cette recommandation, de faire la version dans les cas de procidence du cordon ; il dit : « N'essayez pas par cette opération de sauver la vie de l'enfant, cela ne doit être fait sous aucun prétexte, mais elle doit être faite quand il n'y a aucun danger de compromettre la vie de la mère. »

Nous arrivons maintenant à cette partie de la question, c'est-à-dire au traitement par la version. Ce procédé est conseillé *avant* que les membranes soient rompues. — A cette période du travail cela ne présente que peu ou point de danger par rapport au cordon. Mais, si les membranes ont été rompues, si le liquide amniotique s'est écoulé, avec un utérus fortement retractoré sur l'enfant, le cordon ombilical tombé dans le vagin, est-il bon de faire la version ? Est-ce sûr ? Ou bien est-il plus sûr d'avoir recours à un autre moyen ? Ou bien y a-t-il d'autres moyens préférables à la version ? Chacun de ceux qui parmi nous ont l'expérience de ces sortes de choses, savent quels sont les

dangers que court la mère par la version dans de telles circonstances, et chaque accoucheur qui a pratiqué cette opération en connaît les difficultés, la peine et les désagréments; certainement le chloroforme est un secours de grande valeur, mais on n'en a pas toujours sous la main, et l'on peut être par certaines circonstances empêché de l'administrer. D'un autre côté, le danger que court l'enfant est-il amoindri par cette opération? Pour ma part, je pense que les dangers pour la vie fœtale sont accrus de deux manières, par l'introduction de la main qui doit, selon l'opinion de Rigby, « être faite avec la plus grande précaution possible » mais qui augmente encore la compression subie par le cordon, et enfin par l'opération en elle-même; le changement dans la situation de l'enfant, puis le retrait de la main de l'opérateur qui amène le pied, tout cela augmente encore les dangers que fait déjà subir le cordon prolabé, tandis que pour couronner le tout nous avons ainsi exposé le cordon à la pression qu'exerce le tronc et la tête de l'enfant pendant la délivrance.

Le Dr Merriman a posé certaines conditions dans lesquelles, suivant lui, on doit faire la version. Elles ont été également reproduites par le Dr Ramsbotham. C'est-à-dire quand il y a des pulsations dans le cordon et que la tête fœtale n'est pas encore engagée dans le détroit supérieur; que les contractions utérines ne sont pas énergiques et que les parties molles sont relâchées et dilatables. Cependant il n'est pas possible de poser une règle fixe pour chaque cas, qui doit être considéré selon les circonstances, et l'accoucheur devra prendre un parti convenable et agir avec prudence. La délibération une fois prise il ne faut pas mettre de l'hésitation, ni prendre trop de temps pour faire passer le fœtus, car la compression sur le cordon peut mettre la vie fœtale en péril et même lui être fatale.

Après tout, que les membranes soient rompues ou non, d'après moi, il ne faut pas s'adresser à la version, parce que je ferai connaître que nous possédons un autre mode de traitement beaucoup plus digne de confiance dans toute l'acception du mot, et qui est à la fois sûr pour l'enfant et pour la mère. Or, si nous avons un tel moyen, nous sommes obligé, par devoir, de nous en servir. Tandis que, dans la grande majorité des cas, la version, comme mode de traitement, doit être repoussée; cependant nous pouvons trouver quelques rares occasions où ce procédé a été utile, et il ne faut pas oublier qu'il a été tout particulièrement heureux entre les mains de Mauriceau. Évidemment, dans les présentations complexes, avec procidence du cordon, c'est la seule mé-

thode à employer connue ; par exemple, présentation du bras avec le cordon, placenta prævia avec cordon, etc.

Cette question de la version et de la pression inévitable que subit le cordon ombilical soulève une très-importante recherche qui a une valeur capitale à propos de tous les modes de traitement, à savoir pendant combien de temps la pression sur le cordon est-elle nécessaire pour déterminer la mort du fœtus. J'ai feuilleté un grand nombre d'ouvrages d'accouchement, et, dans un seul, celui d'Alexandre Hamilton, d'Edimbourg (1784), j'ai trouvé un espace de temps indiqué. Il dit : « Une compression sur le cordon ombilical, qui dure dix minutes, peut-être, en interrompant la circulation, sera suffisante pour amener la mort de l'enfant. »

Ce temps me paraît beaucoup trop long : « Pour moi, je suis certain que, dans les versions que j'ai faites, deux minutes de pression exercée par la tête de l'enfant, pendant les efforts d'extraction, ont été bien suffisantes pour entraîner la mort. Néanmoins, on trouve dans les auteurs des cas, et l'on peut en voir, où les pulsations ayant cessé, en apparence, dans le cordon prolabé, l'enfant a pu être extrait à temps pour être ranimé. Le Dr Tyler Smith, en particulier, fait remarquer, à ce propos :

« On rapporte des cas dans lesquels, le cordon étant comprimé dans sa partie supérieure, l'anse prolabée n'a pas de pulsation, à cause de la compression des artères, mais le cœur peut battre un temps considérable après cela, et, en dernier ressort, l'enfant peut naître vivant. » Ces cas malheureusement sont rares. Quelquefois on peut, en changeant le cordon de place, ranimer faiblement les battements du cœur, et les pulsations se remontent de nouveau dans le cordon.

(*Obstetrical Journal.*)

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE.

Eclampsie chez une primipare enceinte de 6 mois. Deux saignées abondantes ; application de sangsues. — Guérison.

Le 28 décembre 1874, à 5 heures du soir, on apportait à la Clinique d'accouchements la nommée Schaff (femme Nossenfratz). Elle était envoyée par un médecin de la ville, qui, appelé près d'elle dans la journée, avait constaté que cette femme était atteinte d'éclampsie. Voici les renseignements que nous avons pu obtenir concernant les antécédents de notre malade.

Elle est âgée de 21 ans et mariée depuis 9 mois ; la dernière apparition des règles eut lieu dans les premiers jours du mois de juin. C'est donc une primipare enceinte de six mois environ. Pendant les cinq premiers mois de

Archives de Tocologie. — MAI 1875.

20

sa grossesse, la santé ne fut nullement altérée, depuis un mois seulement elle remarqua que ses jambes enflaient. Il y a huit jours elle éprouva une céphalalgie frontale extrêmement intense, puis, les jours suivants, des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vision, et enfin depuis deux jours de la douleur dans la région épigastrique, des vomissements qu'elle attribuait au boudin qu'elle avait mangé pendant les fêtes de Noël.

Le lundi matin 28 décembre, se sentant plus souffrante encore que de coutume, elle alla consulter une sage-femme; en arrivant chez cette dernière, elle fut prise subitement de sa première attaque d'éclampsie. Aussitôt que l'accès fut terminé, la sage-femme se hâta de la reconduire en voiture chez elle. Un médecin fut appelé qui ordonna une potion calmante et conseilla de mener cette femme à la Clinique. Jusqu'au moment de son arrivée elle eut sept accès bien caractérisés.

A son arrivée dans la salle d'accouchements, elle était dans le coma, respiration stertoreuse. Abolition des facultés intellectuelles et sensoriales. La face cyanosée. Les membres inférieurs sont infiltrés, mais non d'une façon exagérée. L'utérus dépasse l'ombilic de trois travers de doigt. Il n'y a pas de contractions. Les battements du cœur fœtal s'entendent à gauche. Le toucher démontre qu'il n'y a pas de commencement de travail, le col a conservé toute sa longueur; l'orifice est complètement fermé. L'urine retirée au moyen de la sonde renferme une quantité énorme d'albumine. Par la chaleur elle se prend en masse, ainsi que par l'acide nitrique. Le pouls est petit, irrégulier et extrêmement rapide 160. Temp 38.5. On lui administre un lavement purgatif.

A cinq heures 55 minutes, une demi-heure environ après son arrivée, nouvel accès bien caractérisé, mais remarquable en ce sens que les convulsions sont plus intenses du côté droit que du côté gauche. La tête s'incline aussi à droite. Ce qui est l'inverse dans la plupart des cas.

2° accès à 6 heures 1/2.

3° — à 6 heures 45.

On pratique alors une saignée de 400 gr. environ.

Pendant l'écoulement du sang qui se fait avec lenteur et difficulté, nouvel accès.

4° accès à 6 heures 50.

5° — à 6 heures 55.

M. Depaul pratique une seconde saignée de 500 gr. environ.

6° accès à 8 heures 07.

7° — à 8 heures 15.

8° — à 10 heures.

9° — à 10 heures 02.

10° — à 10 heures 10.

Application de 10 sangsues, 5 derrière chaque oreille, à 11 heures.

11° accès à 1 heure 35.

Puis coma profond entrecoupé seulement par des grognements caractéristiques.

Le 29 matin, agitation, subdélirium, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse.

En examinant le ventre on reconnaît bien vite que l'utérus se contracte de

temps en temps ; la contraction est douloureuse, car la malade s'agite à ce moment et pousse des gémissements. Il est impossible d'entendre les battements du cœur de l'enfant. En pratiquant le toucher, on reconnaît que le col est effacé et que l'orifice commence à se dilater.

Traitement. — Potion éthérée, bouillon, tilleul. A 1 heure 30, expulsion d'un fœtus mort-né qui se présente par l'extrémité pelvienne. Délivrance naturelle. Le fœtus pèse 2,230 gr. Immédiatement après la délivrance, calme absolu. Sommeil qui dure jusqu'au lendemain matin.

30 décembre. Etat général satisfaisant, mais l'intelligence fait toujours défaut. La mémoire surtout a complètement disparu. Pendant les jours qui suivent, on observe une dyspnée intense allant même jusqu'à l'orthopnée. Congestion pulmonaire intense. Troubles intellectuels. Agitation, puis délire. Cet état dure huit jours environ, puis bientôt on voit reparaitre toutes les facultés intellectuelles. La malade quitte l'hôpital vingt jours après complètement rétablie. Il n'y avait plus d'œdème ni d'albumine dans les urines.

PINARD.

Éclampsie chez une femme enceinte de huit mois et demi. — Dix-huit accès environ. — Saignée de 500 grammes. — Application de six sangsues derrière les oreilles. — Accouchement spontané cinquante-sept heures après la première attaque. — Enfant vivant. — Disparition complète de l'albumine quatre jours après l'accouchement. — Guérison.

Le 31 décembre 1874, la nommée N., primipare, âgée de 46 ans, était apportée à la Clinique. Cette jeune femme d'après le dire des personnes qui l'accompagnaient, était arrivée au huitième mois de sa grossesse sans présenter d'accidents, mais depuis quinze jours ses jambes enflèrent, en même temps elle se plaignait de maux de tête violents et d'une douleur vive dans la région épigastrique. Le 31 décembre au matin, elle éprouva un malaise général, et croyant qu'elle allait accoucher, elle alla consulter une sage-femme. Elle eut, en rentrant chez elle un premier accès. Un médecin fut appelé qui reconnut l'éclampsie et pratiqua une saignée, mais il retira avec la plus grande difficulté un verre de sang. Elle eut dans la journée une dizaine d'attaques. A son arrivée dans la salle, voici dans quel état nous la trouvons.

C'est une femme rousse, assez bien développée. Les membres inférieurs sont infiltrés. Elle est très-agitée et murmure incessamment des paroles incohérentes. De temps en temps elle pousse des gémissements. Les yeux sont brillants, les pupilles dilatées. Son agitation est telle qu'on ne peut prendre le pouls ni la température. Il est impossible également de pratiquer le toucher vaginal. On reconnaît seulement quo, lorsque cette femme pousse des grognements, l'utérus se contracte. Il y a probablement un commencement de travail.

On retire au moyen de la sonde une petite quantité d'urine qui, analysée, contient une grande quantité d'albumine. A huit heures nous sommes témoins d'un accès violent. M. Depaul pratique une saignée et retire avec assez de difficulté environ 500 grammes de sang.

Quatre accès surviennent encore ; à minuit on applique six sangsues, trois derrière chaque oreille. Encore quatre accès jusqu'au matin. Le 1^{er} janvier au matin, elle est toujours agitée et n'a point recouvré sa connaissance

Nous devons noter qu'après chaque accès, la période de coma fit complètement défaut; à la période classique succédait immédiatement une période d'agitation sans secousses galvaniques.

Le pouls est petit et fréquent, la température à 38°. Le toucher démontre que le col est effacé, mais l'orifice n'est point dilaté.

Les battements du cœur fœtal s'entendent très-bien dans la région hypogastrique en avant et à gauche.

Traitement. — Potion antispasmodique, lavement purgatif, bouillon.

L'urine, qui renferme toujours beaucoup d'albumine, est examinée au microscope. On reconnaît au milieu des cellules épithéliales atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse, des cylindres granuleux en assez grand nombre, quelques cylindres hyalins et beaucoup de globules rouges du sang. Pas d'accès dans la journée.

Le soir, les contractions utérines sont plus fréquentes et plus intenses. La malade se plaint beaucoup à ce moment. L'orifice a un diamètre de deux centimètres environ. La poche des eaux est intacte. Les battements du cœur fœtal s'entendent toujours très-bien. Au point de vue intellectuel, même état. Pas d'accès dans la nuit. A cinq heures et demie du matin, le 2 janvier, accouchement spontané d'un enfant vivant, pesant de 2,830 grammes. Délivrance naturelle.

Le 2, à huit heures du matin. L'agitation a presque complètement disparu depuis l'accouchement. Sommeil profond pendant une grande partie de la journée. Le soir, elle s'éveille et appelle à grands cris sa mère. Interrogée, elle ne peut répondre. Par instants, sans cause appréciable, elle entre dans une violente colère contre les personnes qui l'entourent.

Toujours de l'albumine dans les urines.

Le 3, matin, elle est un peu plus calme; elle se rappelle son nom; mais ne sait pas où elle demeure. On lui présente son enfant qu'elle repousse avec effroi.

Le 4, même état. Elle reconnaît sa mère, mais la mémoire n'est pas entièrement revenue.

Le 5, même état. Le 6, l'état général est très-bon. L'intelligence reparait; ses réponses, quoiqu'elles soient lentes, sont sensées. Elle demande à voir son enfant.

De plus elle réclame à grands cris du vin, elle ne veut pour ainsi dire prendre que cela.

L'œdème a disparu, et les urines analysées avec le plus grand soin chimiquement et histologiquement, ne renferment plus trace d'albumine ni de sang, ni d'autres éléments pathologiques.

Cependant sa convalescence fut assez longue. Elle fut prise de congestion pulmonaire intense vers le huitième jour après son accouchement. Quatre jours après, il y avait dans la plèvre droite un léger épanchement qui disparut assez vite. Les aliments étaient difficilement tolérés par l'estomac. Le pouls restait toujours fréquent, et ce ne fut que le 14 février qu'elle quitta le service, complètement rétablie.

PINARD.

Accouchement d'un fœtus monstrueux. — Observation présentée par le docteur GOLDSCHMIDT, de Graffenstaden.

Le 19 janvier je suis appelé auprès d'une jeune dame, primipare, enceinte de huit mois, en travail depuis plusieurs heures. A l'auscultation, je ne

perçois pas les battements redoublés; au toucher, je constate la dilatation complète du col et la présence d'une main engagée entre la paroi vaginale gauche et une masse informe, molle, dans laquelle je puis engager et promener librement le doigt. Quelle était cette cavité? Ce ne pouvait être la bouche, puisque je ne trouvais pas de parties osseuses à l'entour. Était-ce l'anus ou la vulve? La cavité était trop spacieuse et les parties qui l'entouraient trop molles. Ne sachant à quoi m'en tenir, je me décide à attendre, et bien m'en a pris: au bout d'une demi-heure, le travail ayant avancé, je commence à entrevoir entre les grandes lèvres, au moment des contractions, une masse brunâtre, ressemblant à des circonvolutions intestinales recouvertes d'une membrane transparente. Cette membrane ayant crevé pendant une nouvelle contraction, je vois sortir des lèvres de la vulve une masse intestinale d'abord, puis le foie, puis une main, et un peu plus tard, ayant pu saisir la cuisse gauche et tirer légèrement dessus, toute la masse fœtale avec le cordon et le placenta. Le cordon ne mesurant que 15 centimètres, le placenta a dû nécessairement suivre la masse fœtale. Les suites de l'accouchement n'ont rien présenté d'anormal; la jeune femme est rétablie et a repris ses occupations.

Voici maintenant la description de la masse fœtale: la partie supérieure du corps est assez bien conformée; le tête est un peu forte; les ongles des doigts existent et les cheveux sont bien fournis.

Ce qui frappe à première vue, c'est l'absence des téguments du ventre, qui sont remplacés par un feuillet membraneux transparent, et l'absence de toute l'extrémité inférieure droite, dont il n'existe aucun vestige.

Au niveau du rebord inférieur des fausses côtes droites, la peau s'arrête brusquement et est remplacée par une membrane transparente, qui de là suit une ligne se dirigeant en bas et à gauche vers les téguments du membre inférieur gauche avec lesquels elle fait suite. Cette ligne est sensiblement la même en avant et en arrière. La membrane seule enveloppe des organes splanchniques, les recouvre à la manière du péritoine et présente au niveau du rebord inférieur des fausses côtes gauches un épaississement qui renferme les vaisseaux ombilicaux. Ces derniers, après un trajet de 14 à 15 centimètres, aboutissent au placenta; la membrane elle-même finit par se confondre avec l'amnios. Le placenta est petit et un peu déchiré; les organes splanchniques ne présentent rien de particulier.

Nous avons dit qu'il n'existe pas de vestige du membre inférieur droit. À gauche, la cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe est fléchie à angle aigu sur la cuisse et se continue avec le pied. Ce dernier est un pied bot *varus* n'ayant que quatre orteils, imparfaitement conformés, très-écartés les uns des autres et dont le dernier est rattaché par une sorte de lanterne cutanée à l'ischion droit.

Les organes génitaux externes sont normaux et appartiennent au sexe féminin; l'anus donne issue à un peu de méconium. Ces deux organes sont fortement déviés à gauche dans le prolongement de la ligne axillaire. La région lombaire elle aussi est fortement déviée à gauche. Quant au bassin, il n'en existe que des portions incomplètes et informes.

(Gazette médicale de Strasbourg.)

Môle hydatiforme; hémorrhagiés; expulsion; guérison;

Par P. BUDIN, interne des hôpitaux.

Le 23 novembre 1874, la nommée Rosalie R..., âgée de 38 ans, était envoyée dans le service de M. L. Labbé, à l'hôpital de la Pitié, pour des pertes abondantes. L'interne de garde, appelé dans l'après-midi, ordonna de coucher cette femme en lui maintenant le siège élevé, d'appliquer des compresses glacées sur son ventre, etc... L'hémorrhagie cessa. Le lendemain 24 novembre, la malade fournit les renseignements suivants : elle était habituellement bien portante; elle avait été réglée dès l'âge de 12 ans et s'était mariée à 16. A 18 ans, elle devint enceinte; elle accoucha à terme, fut nourrice, redevint de nouveau enceinte, etc.; elle eut ainsi successivement neuf enfants qu'elle éleva elle-même, sans que jamais ses règles vinsent à paraître.

De 18 à 34 ans passés, elle ne fût donc jamais menstruée. Le 18 août 1872, elle accoucha de son dixième enfant; elle fut nourrice, et ses règles ne reparurent qu'en janvier 1874. A la fin de mai (1874) ses règles cessèrent; des nausées et des vomissements survinrent, des picotements du côté des seins, des pertes blanches; elle était enceinte. A son grand étonnement, trois mois plus tard, elle vit survenir un écoulement de sang peu abondant, mais continu; à la fin du quatrième mois de sa grossesse elle remarqua que son ventre augmentait rapidement de volume, si bien que, un mois plus tard, elle aurait pu, d'après le développement de son abdomen, se croire arrivée à terme. Les pertes continuèrent, et dans la nuit du 20 au 21 novembre, elles devinrent excessivement abondantes. Dans la journée du 22, l'écoulement du sang fut un peu moins considérable, mais l'hémorrhagie reparaissant avec une plus grande intensité et s'accompagnant de violentes coliques, la malade se rendit à l'hôpital; une fois couchée, il lui sembla qu'elle expulsait des caillots, puis le sang cessa presque complètement de couler. En examinant cette malade, on lui trouva les seins développés; autour de chaque mamelon était une auréole noire, les tubercules de Montgomery étaient saillants, et en pressant sur la glande on fit sortir du lait. Il y avait eu évidemment grossesse. En palpant l'abdomen dont les parois étaient fort épaisses, on sentit le globe utérin revenu sur lui-même et faisant saillie à 3 ou 4 travers de doigt au-dessous du pubis. En cherchant dans les linges qui avaient été mis sous la malade la veille, et retirés remplis de sang, on trouva un grand nombre de grappes, d'un blanc rosé, dont quelques-unes de couleur grisâtre avaient été évidemment formées quelques jours avant leur expulsion. Les grains qui par leur réunion constituaient les grappes étaient de volume variable, quelques-uns semblables à des grains de mil, d'autres à des grains de raisin, d'autres enfin étaient presque aussi gros que des œufs de pigeon. C'était une môle hydatiforme, et sa présence dans la cavité utérine avait été jusqu'au moment de son expulsion la cause des hémorrhagies. On ne trouva que des portions de membranes et on ne put reconnaître aucune trace du fœtus. La malade était excessivement faible, elle avait des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, etc. On ordonna de continuer la situation horizontale, de faire boire une potion contenant 60 grammes de rhum, de donner des potages, etc.

25 Novembre. Fièvre, soif vive, peau chaude, température axillaire 39°, 2, quelques douleurs dans le ventre, mais elles n'occupent aucun point fixe. Écoulement lochial fétide. On ordonne des injections vaginales avec une solution de chloral au centième. — Soir. T. A. 33. — 0,75 centig. de sulfate de quinine. La malade vomit pendant la nuit.

26 Novembre. Peau bonne. T. A. 36°, 4; P. 84. Aucune douleur abdominale. Les lochies ne sont plus fétides, les seins contiennent une certaine quantité de lait.

Les jours suivants, l'état de la malade s'est amélioré d'une façon continue, et elle a quitté l'hôpital complètement guérie.

RÉFLEXIONS. — Nous relèverons, dans cette dernière observation de grossesse molaire hydatiforme ou vésiculaire, les particularités suivantes : il n'a été possible de retrouver aucun débris du fœtus, qui, mort sans doute pendant les premiers temps de la grossesse, avait été probablement résorbé; il faut aussi faire remarquer l'âge avancé de la malade qui avait 38 ans, et le grand nombre de grossesses antérieures (10) qui étaient toujours parvenues à terme: ces deux conditions, âge avancé de la mère et nombreux accouchements antérieurs, ont été signalées souvent dans les grossesses molaire.

Aucune chute, aucune contusion ne peut expliquer le développement anormal de cette grossesse. La malade n'a jamais eu de syphilis, elle n'a jamais présenté aucun symptôme d'affection utérine; on ne peut donc invoquer dans ce cas, comme cause, l'existence d'une métrite chronique (Virchow).

En ce qui concerne les symptômes, on remarquera : 1° les hémorrhagies apparaissant d'une façon continue à la fin du troisième mois de la grossesse; 2° le développement très-rapide du ventre, sur lequel M. le professeur Depaul a appelé l'attention, développement qui fut tel, que, arrivé au sixième mois, la malade eût pu se croire à terme; 3° l'expulsion des mûles qui constitue le signe pathognomonique de cette affection.

Enfin, nous ferons remarquer que cette malade a pu rester depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 34 ans sans voir reparaître ses règles. Elle eut dans cet intervalle neuf enfants et fut alternativement enceinte et nourrice. Elle resta donc seize années sans être réglée. Ce fait prouve une fois de plus que l'ovulation et la menstruation peuvent être deux phénomènes indépendants l'un de l'autre.

(*Progrès médical*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 mars 1875.

M. Polaillon donne lecture de l'observation suivante :

Grossesse extra-utérine terminée par l'enkystement du produit de la conception.

OBSERVATION. — Une femme de 37 ans, enceinte pour la troisième fois, entra le 20 septembre 1874 à la Maternité de Cochin, pour se faire soigner d'accidents graves qui compliquaient sa grossesse.

Cette femme avait toujours joui d'une excellente santé. Les deux grossesses antérieures avaient suivi un cours régulier et les accouchements avaient été naturels. Les suites du dernier accouchement, qui eut lieu en 1864, furent compliquées par une péritonite. Après un séjour d'un mois dans le service de M. le Dr Desnos, à l'hôpital Saint-Antoine, la malade se rétablit complètement et put reprendre sa profession de couturière. Depuis cette époque jusqu'à l'apparition de la troisième grossesse, sa santé fut bonne ; les règles se montrèrent dans leur périodicité et leur quantité normales ; aucune douleur, aucune tumeur ne se manifesta vers la région hypogastrique.

La dernière époque menstruelle apparut le 20 avril 1874. Vers la fin du mois de mai, la malade fut prise de vomissements incessants qui durèrent trois semaines. Peu de temps après, des douleurs très-vives, qui se répétaient irrégulièrement la nuit et la jour, se firent sentir dans le bas-ventre. La malade fut obligée de garder le lit presque constamment. L'amaigrissement fit de rapides progrès, en même temps que le ventre se développait d'une façon bizarre et comme en pointe. Lors de son entrée à la Maternité, je trouve une femme profondément anémique, très-amaigrie, et dont le moral est affecté par les souffrances qu'elle endurait et probablement aussi par des chagrins antérieurs et actuels. La grossesse datait d'environ cinq mois. Le ventre était un peu volumineux et un peu plus saillant que ne le comporte une grossesse arrivée à cette période. Le col de l'utérus offrait un volume et une consistance à peu près semblables au volume et à la consistance d'un col de l'utérus chez une femme multipare en état de vacuité.

L'orifice externe était fermé. Il était repoussé en haut et en arrière par une tumeur développée sur la paroi antérieure de l'utérus. Cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus, était facilement sentie lorsqu'on déprimait la paroi antérieure du vagin. Elle était lisse à sa surface et d'une consistance élastique. Elle adhérait en arrière au corps de l'utérus, s'appuyait en avant contre le pubis et se confondait en haut avec la masse qui distendait la cavité abdominale. Il ne fut pas possible de sentir le ballotement. Mais l'existence d'une grossesse était démontrée par les battements très-nets du cœur du fœtus. Le maximum des bruits cardiaques se faisait entendre à 8 ou à 9 centimètres au-dessus du pubis, à droite et un peu en dehors de la ligne médiane, c'est-à-dire en un point plus élevé que celui où

on les entend habituellement dans une grossesse arrivée à cette période. Le bruit du souffle utérin était très-net. Les mouvements actifs du fœtus étaient perçus par la mère ; mais il ne m'a pas été possible de les sentir pendant mes explorations. Il y a une incontinence d'urine par compression de la matrice.

Si la grossesse était évidente, la cause qui produisait le développement un peu anormal du ventre et la tumeur que l'on sentait en déprimant la paroi antérieure du vagin me parut moins facile à distinguer. Plusieurs personnes, qui examinèrent cette malade, pensèrent à une grossesse compliquée d'un myôme ramolli par l'état de gestation. Cependant, ce qui aurait dû mettre sur la voie du diagnostic, c'est l'état du col utérin qui n'était pas hypertrophié et ramolli, comme lorsque l'utérus est distendu par le produit de la conception.

Le séjour au lit pendant plusieurs jours, l'usage des opiacés et des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen améliorèrent assez l'état de la malade pour qu'elle exigeât sa sortie.

Le 7 octobre, elle rentre à l'hôpital dans un état plus alarmant qu'auparavant. L'abdomen a augmenté de volume. Il est le siège de douleurs extrêmement vives qui sont exaspérées par la pression et empêchent le sommeil. La fièvre est presque continue. Le facies présente le type abdominal. L'appétence est complète et l'amaigrissement fait encore des progrès.

En présence de ces phénomènes qui menacent, à bref délai, la vie de notre malade, la question d'interrompre le cours de la grossesse en provoquant un accouchement prématuré est posée. Cependant nous temporisons encore afin d'atteindre autant que possible le terme de sept mois. L'âge du fœtus était alors d'environ six mois.

Le 17 octobre, dans la matinée, la malade est prise de spasmes nerveux et de frissons. Les douleurs abdominales sont excessives. Le plus léger contact réveille ces douleurs. L'auscultation avec le stéthoscope est presque impossible tant le ventre est douloureux. On constate cependant que le cœur du fœtus continue à battre. Comme les cataplasmes laudanisés ne peuvent plus être supportés à cause de leur poids, je fais recouvrir le ventre de la patiente avec un large emplâtre de Vigo, dans lequel on a incorporé de l'extrait de belladone et de l'extrait de ciguë.

Les jours suivants les douleurs abdominales deviennent un peu vives. A la fin d'octobre, nous constatons que les bruits du cœur fœtal ne s'entendent plus. Le fœtus est mort.

Le 3 novembre, les seins sont gonflés et douloureux ; à leur surface se dessinent des veines bleuâtres. Les phénomènes de cette montée du lait se dissipent quatre jours après.

Depuis la mort du fœtus, je prescris de surveiller avec un grand soin tous les écoulements, qui allaient probablement se faire par le vagin, ainsi que l'expulsion du produit de la conception.

Le 7 novembre, il y eut par le vagin un léger écoulement sanguinolent. D'après les linges tachés, je peux évaluer la quantité de cet écoulement à celle d'une cuillerée à bouche. L'issue d'un liquide légèrement teinté par du sang persista jusqu'au 13 novembre. Mais aucun caillot, aucune membrane ressemblant à une caduque n'a été expulsé. Le col a conservé les caractères

que j'ai indiqués et son orifice est resté fermé, le ventre s'est affaissé. Les douleurs abdominales sont moins vives. L'incontinence d'urine a cessé. Mais l'état général est toujours mauvais.

Le 16 novembre, développement d'une phlegmatia alba dolens qui envahit successivement les deux membres inférieurs, et qui dure pendant un mois.

Cependant l'embryon n'avait pas été expulsé. Au milieu de décembre, la poche qui le contenait avait diminué des trois quarts. Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine n'offrait plus de doute. Cependant je ne voulus pas encore en avoir la certitude absolue en pratiquant le cathétérisme utérin, de peur de produire quelque inflammation dans la poche embryonnaire et d'en amener la suppuration.

Pendant les mois de janvier et de février, la patiente ne présente rien d'anormal. Sous l'influence d'un régime fortifiant, ses forces reviennent peu à peu. Lorsqu'on comprime l'hypogastre, on réveille quelques douleurs et on sent une tumeur profonde.

Le 3 mars, je pratique le cathétérisme de l'utérus avec un hystéromètre. L'instrument pénètre à une profondeur de 4 centimètre 1/2. Je constate que la cavité utérine est vide.

Le 22 mars, la malade quitte la Maternité dans l'état suivant : une tumeur du volume d'une orange, d'une consistance dure, est située en avant de la face antérieure de l'utérus. Un doigt introduit dans le vagin, tandis que l'autre main est appliquée sur le bas-ventre, permet d'apprécier exactement quel est le volume et quelle est la consistance de cette tumeur. Cette exploration produit encore de la douleur. Mais cette douleur ne se développe pas spontanément et la malade peut rester debout et marcher sans souffrance. L'utérus est adhérent à la tumeur, son corps paraît atrophié ; son col est petit, dur et fermé. Les règles ne sont pas revenues.

Cette observation de grossesse extra-utérine nous paraît digne d'intérêt, parce qu'elle ne s'est pas accompagnée du développement qu'on appelle sympathique de l'utérus, parce que la mort du fœtus n'a pas été accompagnée par l'expulsion d'une caduque, et parce que le kyste fœtal, au lieu de s'enflammer ou de suppurer, comme cela arrive habituellement, s'est rétracté sur le produit de la conception, le tout tendant à se transformer en un corps dur, inaltérable, qu'on appelle lithopède.

Discussion. — M. GUÉNIOT se montre surpris du résultat final : en six mois, d'après l'observation, le volume du kyste s'est trouvé réduit à celui d'une grosse orange. M. Guéniot n'a pas connaissance d'un fait semblable ; ordinairement la diminution du volume se fait beaucoup moins rapidement.

M. DEPAUL ne saurait admettre le défaut de développement sympathique de la matrice. Le cathétérisme utérin a été pratiqué trop tard ; mis en usage au début, il eût donné des résultats différents. Quant à

l'exfoliation de la muqueuse utérine, M. Depaul l'a observé dans tous les cas qu'il a pu suivre ; la membrane a toujours été éliminée, soit en totalité, soit par fragments.

M. Depaul trouve dans les détails de l'observation de M. Polaillon tous les éléments nécessaires pour asseoir un diagnostic certain de la grossesse extra-utérine : âge assez avancé (37 ans), grossesses antérieures, dont la dernière remonte à une époque peu éloignée, menstruation normale, développement irrégulier de l'abdomen, douleurs violentes avec accidents fébriles, pendant toute la durée de la grossesse (ces douleurs, qui se présentent rarement avec ces caractères dans les grossesses ordinaires, seront l'indice d'une péritonite localisée produite par l'œuf, qui se greffe sur la membrane séreuse de l'abdomen). A ces signes, il faut joindre ceux que donne le toucher : tumeur développée dans le cul-de-sac vaginal postérieur, déplacement de la matrice dans le sens inverse de celui qu'on observe habituellement, col offrant toutes les modifications de cet organe qui accompagnent la grossesse normale. Les battements du cœur du fœtus ne permettant pas de douter de la grossesse, il ne s'agissait que de déterminer si elle était utérine ou extra-utérine. Or, M. Depaul pense qu'il était possible de résoudre la question, et cela au moyen de la seconde utérine, qui, conduite avec précaution, eût pénétré non à 4 centimètres et demi, mais à 7, 8 ou 10 centimètres de profondeur.

M. Depaul a eu tout récemment dans son service une femme dont l'observation fait le pendant de celle que vient de rapporter M. Polaillon.

Cette femme, dont l'histoire est publiée en ce moment dans un autre journal, était restée six semaines à l'hôpital de la Pitié. A son entrée à l'hôpital des Cliniques, elle perdait un peu de sang ; son enfant venait de mourir. Dans la fosse iliaque droite on sentait une tumeur dure qui donnait la sensation d'une tête d'enfant ; dans la cavité abdominale on trouvait une tumeur molle répondant à la masse de l'œuf. Le col, refoulé en avant, était modifié, mais non comme dans une grossesse de six mois. L'écoulement sanguin était formé par les lochies ; la malade racontait qu'elle avait perdu, avant d'entrer à l'hôpital, une peau, qu'elle avait enveloppée dans un mouchoir, mais qu'on ne put retrouver : c'était certainement la muqueuse exfoliée.

La malade resta environ six semaines à l'hôpital ; aucune opération ne fut tentée. Les accidents fébriles se calmèrent, la tumeur diminua de volume, la tête se porta sur la ligne médiane de l'abdomen ; le kyste diminua de moitié dans l'espace d'un mois, et le col regagna sa place habituelle.

Aujourd'hui les caractères de la grossesse extra-utérine sont tellement précis que le diagnostic de cette affection devient presque simple. M. Depaul en a observé dernièrement, à la Villette, avec M. Gueneau de Mussy, un autre cas dans lequel le doute n'était pas permis davantage.

M. POLAILLON fait remarquer que, chez sa malade, le col était refoulé en arrière et la tumeur descendait dans le cul-de-sac antérieur. Vers le cinquième mois, la forme du ventre était régulière et le toucher n'apprenait rien que de normal; le col était seulement plus petit et plus dur que d'habitude. Au dire de la malade, le ventre était plus en pointe que dans ses grossesses antérieures. Mais, d'après l'examen qu'il fait à l'entrée de la malade, M. Polaillon n'a pas constaté ce fait. Dans ce cas, le col n'était presque pas développé.

Une fois l'enfant mort, on a examiné avec soin tout ce qui s'échappait par les organes génitaux : il y avait peu de liquide, et jamais on n'a vu ni caillot ni membrane. Il faut donc reviser l'opinion généralement admise, qui veut qu'il se développe toujours une caduque utérine dans le cas de grossesse. Quant au cathétérisme utérin, employé comme un moyen de diagnostic dans la grossesse, M. Polaillon le croit dangereux et de plus inutile, si l'on est certain d'une grossesse extra-utérine, insuffisant et de nature à provoquer l'avortement dans les cas où la conviction n'est pas entière. Même après la mort du fœtus, quand il y a de la fièvre et de l'amaigrissement, M. Polaillon évite le cathétérisme, pour ne pas provoquer d'accidents inflammatoires du côté du péritoine. Quand la santé de la femme est complètement rétablie, le cathétérisme peut donner la certitude absolue de l'existence d'une grossesse extra-utérine. Le diagnostic de cette dernière est facile, quand tous les signes rappelés par M. Depaul se trouvent réunis; mais quand il n'en existe qu'un ou deux, le diagnostic est difficile.

M. Polaillon persiste à croire que, chez sa malade, il n'y a eu ni développement sympathique du corps de la matrice, ni exfoliation de la muqueuse utérine. Quant à la rétraction du kyste, il l'a suivie avec trop de soin pour admettre qu'elle puisse être révoquée en doute.

M. DEPAUL, en parlant de la facilité d'établir le diagnostic de la grossesse extra-utérine, n'a eu en vue que la seconde moitié de la grossesse. Il apprend à l'instant que la femme dont il vient de dire quelques mots, et qui avait quitté l'hôpital des Cliniques sans fièvre et dans un état de santé satisfaisant, est morte il y a peu de jours à la Pitié, et que l'autopsie a confirmé l'exactitude du diagnostic qui avait

été porté : il y avait dans l'abdomen un kyste suppuré contenant un fœtus.

Aménorrhée pseudo-membraneuse avec vaginite épithéliale (1)

Par M. le Dr Guyénot.

M. le Dr Guyénot lit un travail sur un fait d'aménorrhée pseudo-membraneuse avec vaginite épithéliale, qu'il a observé, et qui est remarquable par la bizarrerie des symptômes, et surtout par l'étude consciencieuse de l'anatomie et de la physiologie pathologiques de cette affection.

Il s'agit d'une jeune femme d'un tempérament lymphatique, ayant subi précédemment quelques accidents hystérisiformes. Après une première couche, compliquée d'accidents nerveux, survint une suppression des règles qui faisait croire au début d'une seconde grossesse, lorsque subitement, à la suite d'un petit voyage, survint un écoulement utérin d'un liquide abondant, qui fut suivi quinze jours après d'une hémorrhagie avec caillots. A partir de ce moment, les douleurs lombaires déjà existantes ne firent qu'augmenter, et les symptômes les plus bizarres se produisirent. Une constipation déjà opiniâtre devint telle qu'on put croire à une péritonite, d'autant mieux que des vomissements presque constants se produisirent simultanément.

Après l'emploi des purgatifs vainement administrés, le médecin traitant, pour calmer les douleurs, fit prendre un lavement fortement laudanisé, dont l'influence amena des selles abondantes. Il s'agissait là d'une contraction du rectum. En même temps, des troubles graves de la sensibilité et du sentiment se produisirent; des crises nerveuses, durant lesquelles la malade perdait connaissance, se renouvelaient à intervalles rapprochés. Un spasme de l'œsophage et du pharynx nécessita l'emploi de la sonde œsophagienne. L'examen des organes génitaux ne révéla, à ce moment, qu'une légère antéversion avec ulcération du col, mais les lésions apparentes n'ayant pas une importance suffisante pour expliquer les accidents, l'utérus fut abandonné pour s'occuper des accidents généraux, qui dominaient de beaucoup la scène morbide.

La malade fut alors soumise à un traitement hydrothérapique qui calma les désordres nerveux; mais à chaque douleur lombaire survenait une coccydynie atroce, qui détermina la malade à rentrer chez elle. Un nouvel examen, fait quelque temps après, décéla une éruption insolite de la vulve, qui fut d'abord amendée par l'eau de Barèges et redevint plus intense ensuite. Ce fut dans cet état que la malade fut amenée au Dr Guyénot, Voici le résumé de son observation :

• Je fus, dit-il, très-étonné du profond état de faiblesse, sans lésion organique apparente. La respiration était normale, ainsi que la circulation, sauf un léger bruit de souffle facile à prévoir *à priori*. C'est alors que, procédant à un examen du ventre et des organes génitaux, je trouvai toutes les

(1) Résumé d'un travail lu à la Société de médecine de Lyon, dans la séance du 8 mars 1875.

parties génitales externes gonflées, déformées, recouvertes de croûtes lamelleuses à travers lesquelles suintait un liquide ichoreux. L'orifice vaginal était fermé par un vaginisme infranchissable. Le ventre, rétracté, était douloureux, surtout dans la région iliaque gauche. Dans cet état, il était impossible d'affirmer quelle était l'éruption qui se présentait. Des applications de liniment oléo-calcaire et un traitement général furent mis en usage. Une dilatation progressive à l'aide de mèches, enduites plus tard de cérat au calomel, finit par vaincre la résistance des constricteurs, en même temps que des lavages minutieux détergeaient le vagin. Au bout d'un mois, le toucher était praticable, mais l'application du spéculum encore impossible. Le col mobile était lisse, allongé, dur et fermé; le vagin libre et sans ulcérations perceptibles; le ventre, moins douloureux, permettait d'appuyer sur le corps utérin, et on pouvait sentir qu'il était plus élevé et plus gros qu'à l'état normal. Pour arriver à m'éclairer à l'aide de l'hystéromètre, ne pouvant dilater le canal du col avec l'éponge ou la *laminaria digitata*, je poussai des injections sur le col. Le résultat ne fut pas celui que j'en attendais, mais des contractions utérines et un véritable accouchement de fausses membranes, dont le volume dépassa celui des deux poings réunis. Après cette exonération, les symptômes s'amendèrent, et, après une saison aux bains de Salins du Jura, la malade rentra chez elle, se croyant guérie.

Malheureusement, les mêmes phénomènes se reproduisirent au mois de décembre dernier.

Les mêmes moyens furent alors mis en usage et amenèrent de nouveau l'expulsion des fausses membranes. L'éruption vaginale se reproduisit aussi, et c'est l'examen anatomique des produits éliminés qui va, en établissant d'une façon certaine le diagnostic, éclairer sur ce qui reste à faire pour obtenir la cure radicale de cette affection.

Les fragments issus de l'utérus ont généralement présenté des cellules d'épithélium cylindriques, un grand nombre avec cils vibratils; quelques fibres fusiformes, quelques cellules polygonales ou sphériques à un ou deux noyaux, enfin des granulations moléculaires. D'autres préparations offraient en plus des leucocytes et quelques globules sanguins déformés. Toutes ces préparations étaient remarquables par l'absence de tubes glandulaires et de fibres cellulo-musculaires. Toutes présentaient quelques capillaires, mais en quantité bien moindre qu'on a l'habitude d'en rencontrer dans les desquamations épithéliales par inflammation franche.

Cette structure est analogue à celle qu'a trouvée le D^r Damaschino dans le fait du D^r Chertier, de Nogent-sur-Seine, consigné dans le mémoire des D^{rs} Huchard et Labadie; elle diffère par l'absence d'amas thrombosiques et le petit nombre des capillaires des observations du D^r Christôt et du D^r Bouchacourt.

Si l'on considère, en effet, le mode de production de ces néo-membranes, on ne tarde pas à reconnaître que, dans l'endométrite interstitielle, l'inflammation moins vive amène l'expulsion des éléments anatomiques normaux, tandis que l'endométrite franche produit des exsudats inflammatoires de nature catarrhale. Ainsi la différence de siège et de degré d'inflammation donne lieu à deux formes : l'en-

dométrite membraneuse interstitielle exfoliante et l'endométrite pseudo-membraneuse. Dans le premier cas, le travail phlegmasique n'intéresse que la face libre de la muqueuse, tandis que, dans le deuxième, on voit se produire une prolifération cellulaire hyperplasique des couches profondes du derme muqueux, dont la marche est plus latente. En résumé, c'est une même maladie sous deux formes différentes.

Au point de vue du diagnostic, c'est bien en réalité à cette affection que nous avons affaire. La structure anatomique exclut, en effet, l'idée des concrétions fibrineuses signalées par M. Ch. Mauriac, des concrétions polypiformes du professeur Courty, de même que celle cependant plus vraisemblable des avortements ovulaires. La caduque grave a des caractères anatomiques différents, trop bien établis par les travaux de MM. Coste et Gillet de Grandmont, pour que l'erreur soit possible.

Toutefois, le fait de l'absence des règles dans l'endométrite pseudo-membraneuse ou exfoliante, n'ayant pas encore été signalé, demande une explication.

Si l'on admet, ce qui est facilement démontrable, que l'absence de l'hémorragie menstruelle n'exclut pas la congestion active qui se fait à ce moment dans la région ovarienne, on peut comprendre que cette congestion, moins énergique chez un sujet déjà épuisé, soit plus chronique pour une moindre contractilité vasculaire qui se retrouve chez les anémiques et qu'elle produise cependant une inflammation torpide bien capable d'amener l'exfoliation de la muqueuse. C'est pourquoi l'expulsion, au lieu de se faire périodiquement, comme c'est la règle, n'a eu lieu que par la distension utérine, et sous l'influence d'une excitation de cause externe.

D'autres membranes appartenant au vagin ont pu faire reconnaître également la nature de la lésion de cet organe. Ce dernier examen a été fait avec le concours des docteurs Léon Tripier et Morat, dont la compétence en histologie égale l'obligeance à se mettre au service de leurs confrères. Dans les diverses préparations qui ont été faites, on a trouvé constamment de l'épithélium pavimenteux stratifié, des fibres fasciculaires du tissu conjonctif, enfin des fibres cellulo-musculaires en grand nombre et indéniables. Sauf ces derniers éléments, qui décèlent une exulcération plus profonde, on retrouve ici tous les caractères de la vaginite épithéliale décrite par Tyler Smith.

Tout fait présumer que cette vaginite n'a été que consécutive à la lésion utérine. C'est donc bien dans l'utérus que s'est passée la véritable scène morbide, et c'est dans les conditions physiologiques de cet organe, dans l'élimination constante de la caduque menstruelle, qu'on doit rechercher l'origine du processus morbide qui nous occupe. En effet, si la congestion dépasse la normale, peu à peu les vaisseaux et

la substance conjonctive s'hypertrophie, une hyperplasie cellulaire a lieu dans la tunique adventice des petits vaisseaux, et cette prolifération excessive du tissu cellulaire dans le derme muqueux et les parois vasculaires amène une compression des vaisseaux, dont le résultat est l'exfoliation pathologique. Ce mécanisme peut expliquer non-seulement l'état qui nous occupe, mais aussi la plupart des lésions utérine, et a l'avantage de rendre à la muqueuse intra-utérine un rôle pathologique plus en rapport avec son importance physiologique.

La part qui appartient à l'anémie et au lymphatisme dans ces troubles trophiques est facile à concevoir. Il est moins aisé d'établir si l'hystérie y a contribué. Les travaux de M. Charcot ont mis en lumière l'influence des lésions nerveuses sur les troubles trophiques. Mais il ne me paraît pas possible encore de déterminer l'influence réciproque des irradiations nerveuses utéro-vaginales sur l'hystérie et des lésions hystériques centrales sur les troubles de nutrition des organes.

L'étude des faits prouve que la maladie qui nous occupe ne guérit qu'en modifiant localement la muqueuse intra-utérine, en même temps qu'on remonte l'organisme. Ces indications générales sont trop évidentes pour s'y arrêter.

Localement, les moyens à employer sont les badigeonnages, les cautérisations à l'aide de crayons laissés à demeure; tous ces moyens exigent préalablement une dilatation de canal du col aussi large que possible. On emploiera pour l'obtenir la laminaria digitata de préférence à l'éponge, parce qu'elle n'exulcère pas la muqueuse par adhérence comme l'éponge. Une fois donc la surface vaginale réparée par les moyens qui avaient précédemment réussi, et la dilatation faite, on en arrivera aux modificateurs locaux.

Les badigeonnages trompent, parce que le pinceau s'essuie en traversant le canal du col.

Les injections sont dangereuses, toutefois elles donnent des résultats, à condition de se soumettre à toutes les précautions préconisées par M. Boulard.

Parmi les caustiques solides, le nitrate d'argent porté sur la muqueuse a donné des résultats; mais il est difficile de modifier toute la surface.

M. Siredey se trouve bien de laisser après la cautérisation un crayon de nitrate de potasse à demeure. D'autres praticiens emploient de préférence les crayons de chlorate de potasse à demeure. D'autres enfin des crayons mitigés, moitié nitrate de potasse, moitié nitrate d'argent. Tous ces moyens peuvent donner des résultats s'ils sont bien maniés. C'est aux crayons mitigés que M. Guyénot accorde la préférence, sans répudier les autres. (Lyon Médical).

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'INFLUENCE DES MALADIES DU CŒUR

SUR LA MÉNSTRUATION. LA GROSSESSE ET SON PRODUIT : DE L'ACCOUCHEMENT
ET DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉS.

Par le Dr. **P. Duroziez**, ancien chef de clinique de la Faculté.

Dans la séance de la Société de Médecine de Paris du 11 octobre 1873, j'avais fait une communication, reproduite par le procès-verbal dans les termes suivants : « Rapports entre les maladies du cœur d'une part, et d'autre part la stérilité, la menstruation, l'avortement, l'accouchement prématuré, enfin l'accouchement à terme.

L'existence d'une maladie du cœur retarde l'établissement des règles; celles-ci sont irrégulières et prennent souvent la forme de pertes.

La stérilité se montre dans un certain nombre de cas.

Les fausses couches sont fréquentes. Souvent le fœtus naît à 7 mois et demi. Souvent l'enfant meurt en naissant ou dans les premiers jours.

En somme par le fait de la maladie du cœur de la mère, la vie de l'enfant est très-compromise.

La mère court moins de danger que celui-ci; dans un grand nombre de cas, elle n'éprouve pas les accidents que l'on pourrait redouter,

Archives de Tocologie. — JUIN 1875.

cependant il existe des cas de mort avant l'accouchement, immédiatement après la délivrance et dans les jours qui suivent.

Sans être effrayé des suites d'une grossesse survenant chez une femme atteinte d'une maladie du cœur, on ne peut cependant pas être complètement rassuré, et si l'on est consulté sur le mariage d'une jeune fille portant une lésion cardiaque grave, on ne doit pas porter un pronostic absolument mauvais, mais on ne peut pas s'affranchir de craintes sérieuses.

En face d'accidents graves, on peut penser à pratiquer l'accouchement prématuré à 7 mois et demi et même l'avortement, dans le cas surtout où la famille serait constituée par un ou plusieurs enfants. »

Je crus pouvoir présenter pour le prix Capuron ce nouveau travail. La Commission a jugé que je m'étais fait connaître et m'a mis hors concours. Devrait-elle dans ce cas renvoyer immédiatement le manuscrit, et ne pas le laisser pendant plus d'un an sans pouvoir être utilisé ? Nous le pensons.

Notre première communication date donc du 11 octobre 1873, et ce nouveau travail a été remis à l'Académie le 28 février 1874.

De nombreux travaux ont été produits sur l'endocardite puerpérale, sur la mort subite chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, sur l'hypertrophie du cœur dans la grossesse.

Nous-même avons montré, dans un travail publié dans les Bulletins de la Société de Médecine de Paris pour 1868 (Séance du 3 juillet), les variations de la matité cardiaque pendant les différentes phases de l'état puerpéral.

Chez 133 femmes prises dans les salles de la Clinique d'accouchements, c'est-à-dire accouchées ou sur le point d'accoucher, les dimensions du cœur se rapprochent de celles de l'homme. Au lieu de 9 centimètres en hauteur sur 12 en largeur, le cœur mesure chez elles 10 sur 15. Plus le nombre des accouchements est élevé, plus le cœur tend à rester gros, pouvant atteindre 11 centimètres sur 17 chez une femme qui accouche de son douzième enfant. Pendant la première journée qui suit l'accouchement, le cœur diminue de hauteur et revient à 9 centimètres, puis reprend le chiffre 10 le second jour, le garde le troisième et le quatrième et redescend à 9 centimètres après 10 jours.

Chez les femmes qui nourrissent, nous trouvons 10 en hauteur et 9 chez celles qui ne nourrissent pas. L'allaitement entretient l'hypertrophie du cœur.

Ces mesures prises au moyen de la percussion, concordent avec celles données par Larcher pour les cœurs de femmes mortes, et avec les poids constatés par H. Blot; nous mesurons les dimensions en hauteur et en largeur pendant la vie, Larcher mesure l'épaisseur de la paroi du ventricule gauche, et H. Blot pèse le cœur.

Notre but aujourd'hui est de rechercher les dangers auxquels est exposée une femme qui, atteinte de maladie grave du cœur, devient enceinte. La lésion du cœur est-elle aggravée pendant la grossesse ou après l'accouchement? La mort est-elle à redouter? La grossesse est-elle modifiée? Que devient l'enfant? Doit-on intervenir?

On obtient peu de renseignements de la part des accoucheurs qui cependant ont dû rencontrer un certain nombre de cas. Yaurait-il à détacher de l'éclampsie quelques observations? Les lésions du cœur se manifestent-elles si peu pendant la grossesse que l'attention de l'accoucheur n'est pas éveillée? Celui-ci n'est pas étonné des troubles de la circulation; un léger œdème des jambes le touche peu; s'il se généralise, l'idée de l'éclampsie se présente; si la femme ne se plaint que de quelques palpitations, le médecin ne se laisse pas intimider par quelques bruits de souffle dont la grossesse est pleine.

Et cependant les maladies du cœur ne doivent pas être rares chez la femme enceinte, qu'elles se soient développées sous l'influence d'une grossesse précédente ou de toute autre cause.

Ainsi Auguste Ollivier étudiant les maladies du cœur d'origine puerpérale, nous montre dans la dixième observation, la nommée N... qui, n'ayant eu ni rhumatisme, ni chorée, ni fièvres éruptives, ni manifestations syphilitiques, est prise vers la fin de sa troisième grossesse de palpitations. L'essoufflement persiste, et 5 ans plus tard, au commencement de sa quatrième grossesse, elle a une attaque de paralysie; il ne survient aucun autre accident, elle accouche à Beaujon. Ollivier la voit 3 ans plus tard à la Charité, où elle entre pour une nouvelle attaque de paralysie; il constate un double souffle.

J'ai rappelé cette observation pour montrer que nous nous plaçons à un autre point de vue qu'Ollivier; il établit qu'une maladie de cœur a été produite par la grossesse; nous recherchons l'influence de cette maladie sur les grossesses suivantes; or, dans l'observation d'Ollivier, cette influence ne paraît pas avoir été fâcheuse.

Nous ne sommes pas le premier à traiter cette question; mais il nous semble que ce qui a été dit n'a pas laissé dans la pratique une trace suffisamment profonde; on agite la question de la phthisie dans la gros-

sesse; il n'y a pas de chapitre à part pour les maladies du cœur. Cependant plus d'un problème intéressant et grave s'offre à l'esprit et à la méditation du médecin. Ainsi une jeune personne est atteinte de lésion grave du cœur; doit-on absolument s'opposer à son mariage? Pourquoi doit-on le faire? La grossesse produira-t-elle nécessairement des accidents graves? Puis se présente la question de l'accouchement provoqué et de l'avortement.

MM. Devilliers et Regnault (sur les Anasarques de la grossesse, *Arch. de méd.*, 1848) examinent l'influence des maladies du cœur sur la grossesse; l'anasarque qui n'existait pas peut apparaître; l'œdème peut diminuer et disparaître pendant les derniers jours. L'accouchement spontané avant terme soulage la malade et arrête les progrès de l'asphyxie; il y a lieu de penser à l'accouchement prématuré, en raison des accidents qui sont souvent à redouter; parfois M. Devilliers a vu naître de très-beaux enfants dans ces conditions.

J. F. Larcher (*Archives de médecine*, 1868. De l'hypertrophie normale et temporaire du cœur liée à la gestation) s'occupe des maladies du cœur, mais non de la grossesse et du produit. « Chez des femmes atteintes d'affections cardiaques antérieures et chez lesquelles une grossesse survenait, j'ai vu ces signes de l'affection cardiaque devenir plus accentués à mesure que la grossesse avançait, et diminuer ensuite d'intensité à mesure qu'on s'éloignait de l'époque de l'accouchement. J'ai vu en revanche, chez des femmes atteintes d'une affection cardiaque légère à peine appréciable, la grossesse amener une aggravation marquée, en même temps que j'assistais au développement de l'hypertrophie cardiaque, et, plusieurs grossesses s'étant succédé à des époques très-rapprochées, le cœur avait fini par demeurer constamment hypertrophié. Les intervalles entre les grossesses n'ayant pas permis à celui-ci de revenir à son état normal, l'affection cardiaque avait fini par se compliquer d'une hypertrophie persistante et par conséquent pathologique.

« Quoique je n'aie jamais observé jusqu'ici un exemple de ce fait, je ne serais pas éloigné de croire que, dans le cours d'une affection organique valvulaire qui ne serait pas encore compliquée d'hypertrophie pathologique, l'hypertrophie normale survenant pût remplir temporairement un rôle, quelquefois momentanément favorable, équivalent à celui de l'hypertrophie compensatrice.

« Lorsqu'une femme atteinte d'une affection du cœur devient enceinte, les signes de l'hypertrophie nouvelle s'ajoutent à ceux qu'on

avait pu constater déjà, et, selon les cas, masquent ces derniers ou les exagèrent. »

M. Jacquemier, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, dit que l'indication ne se tire pas directement de l'existence d'une maladie du cœur, mais seulement des accidents complexes qui se manifestent assez souvent à mesure que la grossesse approche de son terme, et à cette époque la malade, débarrassée du produit de la conception, n'éprouve qu'un soulagement momentané et tombe dans une sorte de collapsus dont elle ne se relève pas.

M. Peter, dans ses leçons cliniques, a traité des accidents gravidocardiaques. Il m'a cité l'observation d'une dame prise à cinq mois de grossesse de phénomènes asphyxiques graves et éprouvant les mêmes symptômes à une seconde grossesse. Une saignée arrêta chaque fois les accidents qui semblaient devoir être mortels.

Il me paraît qu'en général les auteurs, j'excepterai Devilliers, attribuent aux maladies du cœur une influence sur la grossesse encore plus mauvaise qu'elle ne l'est réellement : telle est la conclusion que nous avons tirée de nos recherches. Nous avons trouvé peu de faits dans les auteurs ; le gros du contingent a dû être fourni par notre observation, qui nécessairement est bien restreinte. Dans quelques cas seulement nous avons suivi les malades avant, pendant et après l'accouchement ; il a fallu pour les autres cas rechercher dans nos observations de maladies du cœur les détails afférents au sujet qui nous occupe. Nous jugions d'après les maladies antécédentes et les symptômes indiqués par les malades, l'époque à laquelle il était possible d'assigner l'établissement de la lésion cardiaque.

Nous n'avons accepté que les observations qui ne prêtent à aucune contestation comme lésion du cœur. Ainsi nous rejetons de notre statistique l'observation suivante, qui, cependant pour bien des motifs, pourrait s'y rattacher, mais elle a pour nous l'intérêt d'avoir été recueillie à la Clinique d'accouchements dans ces derniers temps, et on peut ne pas être de notre avis.

Lésion mitrale possible, mais non certaine. Première grossesse normale. Rhumatisme articulaire aigu.

Midy, 29 ans, domestique, célibataire. Service de M. Depaul. Clinique d'accouchement n° 13. 29 juillet 1873.

Enfant, elle a des maux d'yeux. Régliée à 17 ans, elle ressent à 18 des douleurs dans les jambes pendant 4 mois.

A 26 ans, première grossesse normale ; enfant qui vit dix-huit jours. Deux jours après son accouchement, elle a une péritonite, et, huit jours plus tard, un rhumatisme articulaire aigu avec lésion du cœur qui l'altère sept mois.

Les règles ne reparaissent que dix mois après l'accouchement. Jamais elle n'a de palpitations.

Elle est aujourd'hui à terme ; les dernières règles datent du mois de septembre. Elle n'a pas eu d'accidents, pas d'hémoptysie. La jambe droite n'est enflée que depuis trois ou quatre jours ; la gauche a conservé de l'œdème depuis la dernière grossesse.

J'entends un souffle vibrant au premier temps avec un peu d'impulsion, et suis disposé, comme on le fait dans le service, à admettre une insuffisance mitrale.

Je copie le Bulletin de la Clinique :

Entrée le 16 juillet 1873 à l'hôpital, le 5 août à cinq heures et demie du soir à la salle d'accouchement.

Constitution bonne ; conformation du bassin normale ; accouchement précédant à terme, une fille. Réglée à 17 ans, tous les mois, huit jours. Dernière apparition des règles, 12 septembre 1872. Époque présumée, à terme. Œdème des membres inférieurs. Apparition des premières douleurs, 5 août, neuf heures du matin ; rupture des membranes spontanée, 5 août, trois heures du soir. Dilatation complète inconnue ; heure et mode de terminaison, 5 août, cinq heures et demie du soir ; pas de perte notable. Sommet ; occipito iliaque gauche antérieure. Durée totale, huit heures et demie. Délivrance naturelle ; enfant du sexe masculin ; état physique bon ; poids, 3,040 ; longueur totale, 52 cent. ; du sommet à l'ombilic, 27 cent. ; de l'ombilic aux talons, 25 cent. ; diamètre occipito-frontal, 12 cent. ; diamètre occipito-mentonnier, 13,5 ; diamètre bi-pariétal, 9,5 ; diamètre sous-occipito-bregmatique, 10 ; longueur du cordon, 70 cent. ; un circulaire autour du cou. »

Le 9. Pouls régulier, développé, à 84 ; bon état ; les jambes sont très-déinflées ; encore de l'œdème au pied gauche ; elle dit avoir eu des crampes atroces dans les jambes au moment de l'accouchement ; cœur un peu petit ; j'entends un bruit rude, prolongé, au premier temps ; pas de souffle en jet de vapeur, pas de dédoublement du second claquement. La femme a toujours été pâle ; son enfant est parti en nourrice.

Remarques. — Le rhumatisme articulaire aigu, le bruit rude que nous entendons, l'œdème, sont des motifs suffisants pour admettre une maladie de cœur ; mais, ne pouvant l'affirmer, nous mettons cette observation à part, dans la crainte qu'on puisse douter de toutes celles qui ne sont pas accompagnées d'autopsie. En tous cas, on voit que la grossesse et la délivrance n'ont rien présenté de très-anormal.

Encore deux observations où la lésion du cœur peut être considérée comme douteuse.

Souffle au premier temps. Lésion du cœur ? Chloro-anémie ? Fluxion de poitrine. Grossesse normale avec hémoptysies. Seconde grossesse régulière.

Quesnel, 23 ans, brunisseuse, célibataire, née à Marigny (Manche), 11, Saint-Raphaël, Hôtel-Dieu. 13 septembre 1873.

Jamais elle n'a pu courir; elle a été difficile à élever. A 7 ans, elle a la scarlatine, et, à 10 ans, la fièvre typhoïde; les règles paraissent à 12 ans et se maintiennent régulières; à 17 ans, elle a une fluxion de poitrine qui dure deux mois; à 19 ans elle devient enceinte et crache le sang pendant les six dernières semaines; la grossesse va néanmoins jusqu'au terme; l'enfant vit encore; elle le nourrit un an sans être réglée; elle accouche de nouveau le 8 septembre; la grossesse ne présente rien d'anormal; l'enfant est en bon état; la mère n'a pas de palpitations. Aujourd'hui elle a du frisson; le poulx est à 112, vibrant et développé. J'entends un souffle vibrant au premier temps, mais qui peut être rapporté à la chloro-anémie aussi bien qu'à une lésion des valvules.

Souffle très-probablement chlorotique. Pas d'accidents. Accouchement à terme. Fausse couche. Règles pendant une grossesse. Quatre grossesses normales. Nouvelle métrorrhagie.

Mauchain, 32 ans, marchande à la Halle, née à Paris, mariée, entrée le 8 septembre 1873, salle Saint-Raphaël, Hôtel-Dieu.

12 septembre. Réglée pour la première fois à 11 ans, elle l'est toujours bien, mais peu abondamment; à 15 ans, elle se marie, et, trois mois plus tard, elle entre à l'Hôtel-Dieu pour une fausse-couche et y reste un mois; sa santé se remet complètement; à 25 ans, nouvelle grossesse pendant les cinq premiers mois de laquelle elle a ses règles; l'enfant vit quatre ou cinq mois; à 26, 27, 28 et 30 ans, quatre grossesses normales qui vont jusqu'à terme; mais les enfants ne vivent que cinq ou six mois. Cette femme est bien portante depuis sa dernière couche. Aujourd'hui elle se croit enceinte de deux mois et demi; il y a deux ou trois jours, elle a perdu du sang et a pensé faire une fausse-couche; tout est calmé.

Cette femme a toujours été parfaitement réglée, n'a jamais eu ni crachement de sang, ni palpitations; à peine quelques épistaxis.

Le poulx est régulier, normal; le premier bruit est ronflant et prolongé au niveau du sternum.

La menstruation se lie de trop près à la grossesse pour ne pas être comprise dans notre étude. Est-elle retardée ou avancée chez les individus atteints dès leur jeune âge de lésion du cœur? Ma réponse s'appuie sur une base un peu fragile, sur la déclaration des femmes, que, dès leur jeune âge, elles éprouvaient déjà de l'étouffement et quelques symptômes habituels aux maladies du cœur. Je donne donc ici une indication de recherches à faire plutôt qu'une solution.

Pour les *mères* qui paraissent avoir eu leur maladie du cœur dès l'enfance, nous trouvons que *la menstruation s'est montrée pour la première fois* à 11 ans, 4 cas — 12 ans, 3 cas — 13 ans, 5 cas — 15 ans, 5 cas — 16 ans, 2 cas — 18 ans, 5 cas — 20 ans, 1 cas — 22 ans, 1 cas. Cette statistique de 27 cas nous donne exactement comme moyenne 15 ans, c'est-à-dire un peu plus tard que l'époque habituelle.

Mais si j'examine la menstruation chez 18 femmes qui, dès leur jeunesse, paraissent avoir eu des lésions du cœur et *n'ont pas eu d'enfants*, la *moyenne de la première apparition* n'est plus 15 ans, mais 17 et une fraction, le maximum étant 23 ans.

Quant à l'*irrégularité des règles*, elle est remarquable surtout chez les femmes qui, atteintes de maladie du cœur, *n'ont pas eu d'enfants*.

Manoury, réglée à 23 ans, mal.

Mousset, réglée à 20 ans, mal.

Etienne, non réglée à 18 ans.

Meunier, réglée à 18 ans, mal.

Seyer (21 ans), réglée à 18 ans, 4 époques seulement.

H. T... (20 ans), réglée à 16 ans, mal.

Banquier, réglée à 16 ans, mal.

Trutat, réglée à 16 ans, bien, abondamment.

Lours, réglée à 16 ans, mal.

Barbier, réglée à 16 ans, mal.

François, réglée à 15 ans, 3 époques seulement.

Nicaise (21 ans), réglée à 15 ans, bien, pendant dix mois.

St.-Pierre (27 ans), réglée à 14 ans, non réglée depuis deux ans.

Pujat (18 ans), réglée à 14 ans, 2 époques.

Baupain (27 ans), réglée à 11 ans, non réglée depuis treize mois.

Tandis que toutes ces femmes, sauf une, ont été mal réglées, la moitié seulement des femmes qui, malgré leur maladie de cœur, ont eu des enfants, a été mal réglée, ce qui est en rapport avec la possibilité de la grossesse.

L'irrégularité des menstrues se lie aux *hémoptysies* que nous trouvons dans la plupart des observations.

Chez 8 femmes nous notons d'abondantes *épistaxis* qui souvent précèdent le rhumatisme et les maladies du cœur.

Dans plusieurs cas, les *règles persistent* pendant une partie de la grossesse, ou du moins des écoulements sanguins apparaissent, qui n'entraînent pas immédiatement ou nécessairement la fausse couche.

Chez la nommée Mauchain, que nous avons présentée plus haut comme n'étant pas certainement atteinte de maladie du cœur, les *règles persistent*

pendant les cinq premiers mois d'une grossesse qui va néanmoins à terme et l'enfant vit. Lorsque nous la voyons, elle est, pense-t-elle, enceinte de deux mois et demi, et vient d'avoir une perte considérable qui a cessé ; la fausse couche ne paraît pas avoir eu lieu.

Vidal paraît atteinte de maladie du cœur depuis son enfance ; elle fait d'abord une fausse couche, puis nous la trouvons à la Clinique d'accouchements, étant à peu près à terme et ayant eu une métrorrhagie considérable que l'on a attribuée à une insertion vicieuse du placenta, mais que nous croyons pouvoir peut-être rapporter à la lésion du cœur. Cette femme n'accouche pas à la Clinique ; la difficulté ne peut être tranchée. Ici la menstruation est moins nettement mise en cause.

Bailly a, dès l'âge de 7 ans, d'abondantes épistaxis, les règles sont très-abondantes. Pendant les quatre derniers mois de sa seconde grossesse, elle perd du sang tous les jours ; une heure après l'accouchement elle a une perte considérable. A 20 ans, troisième grossesse ; elle perd encore pendant tout le cours de celle-ci ; les médecins pensaient à un cancer, elle accouche à six mois et demi. Elle a un rétrécissement mitral.

Millard a des règles très-abondantes. A 33 ans, elle a un premier enfant ; les règles persistent pendant les trois premiers mois de la grossesse, elle a en outre des épistaxis pendant le premier mois ; six semaines après la délivrance a lieu une perte abondante. Pour la troisième grossesse, fausse couche de trois mois avec métrorrhagie très-abondante. Dès l'âge de 15 ans, elle ressent des rhumatismes qui ne la quittent plus.

Tardivel. La deuxième délivrance est accompagnée d'une perte affreuse. Quatrième grossesse : pertes considérables pendant cinq mois, puis fausse couche à cette époque. Le médecin ne pouvait croire qu'elle fût enceinte. Sixième grossesse : fausse couche à cinq mois ; perte affreuse. Neuvième grossesse : 1 garçon à cinq ou six mois, perte énorme.

Nous remarquons chez ces femmes une disposition toute particulière aux hémorrhagies sous toutes les formes ; mais ce sont surtout les nommées Mauchain et Millard qui peuvent être considérées comme des exemples de persistance des règles pendant la grossesse : les autres femmes rentreraient dans la section suivante.

Enfin les *métrorrhagies* ne sont pas rares, soit au moment des règles, soit provoquées par des fausses couches, soit enfin à l'époque de la délivrance.

Trutat, âgée de 29 ans, est atteinte à 13 d'un rhumatisme articulaire aigu, qui l'alite trois mois ; à 15, elle a de fortes épistaxis qui diminuent beaucoup, à 16 ans, lorsqu'apparaissent les menstrues abondantes et régulières. A 23 ans, nouveau rhumatisme articulaire aigu de trois semaines ; à 24, métrorrhagie de trente-trois jours et premières palpitations. Elle en est aujourd'hui à sa cinquième perte qui a duré dix-huit jours : elle est atteinte d'une insuffisance aortique et d'une insuffisance mitrale.

M^{me} D... chez qui M. Dubreuilh pratique l'accouchement prématuré, a une métrorrhagie très-abondante à sa seconde couche.

Epistaxis. Règles abondantes. Hémoptysie. Rhumatisme articulaire aigu. Souffle au premier temps.

Charretier, 49 ans, ménagère, née à Poitiers, entrée le 7 juillet 1873, salle Sainte-Anne, 32, Hôtel-Dieu.

18 septembre. Régée à 16 ans, régulièrement, très-abondamment pendant huit jours. Epistaxis abondantes étant enfant et au moment des règles. Il y a dix mois bronchite et hémoptysie considérable. Le rhumatisme articulaire aigu date de trois jours avant son entrée. Pas de règles depuis deux mois. Elle se croit enceinte. Pas d'épistaxis depuis deux mois. Bruit rude au premier temps à la pointe.

Remarques. — Nous trouvons réunis ici les règles abondantes, les épistaxis, les hémoptysies et le rhumatisme articulaire aigu. La grossesse ne date que de deux mois (si elle existe); les accidents n'ont pas encore eu le temps de se développer.

Vidal (Héloïse), 23 ans, journalière, est couchée dans les salles de la Clinique d'accouchements.

Je la vois le 23 novembre 1873. Elle n'a jamais pu courir comme ses camarades et n'a jamais joué. Etant enfant, elle a la rougeole et la variole. Depuis l'âge de 10 ans, elle a des palpitations. Les règles paraissent à 13 ans deux fois, puis sont supprimées pendant trois mois que dure une attaque de chorée; elles sont ensuite régulières. A 18 ans, fluxion de poitrine de quinze jours. Elle s'expose à être enceinte depuis deux mois. En septembre 1872, elle fait une fausse couche, et à sa dernière apparition de règles à la fin de février 1873, ses jambes enflent, elle a quelques vomissements.

Il y a trois jours à la suite d'un lavage, peu fatigant cependant, elle a une métrorrhagie considérable. La conformation du bassin est normale. On suppose dans le service une insertion vicieuse du placenta.

Les palpitations qui existent depuis l'enfance sont plus fortes depuis la grossesse. Nous trouvons les signes d'une maladie du cœur: teinte terreuse, lèvres violettes, ongles violâtres. Frémissement au premier temps. Souffle considérable au premier temps sur toute la surface cardiaque, plus fort le long du sternum qu'à la pointe. Pouls veineux. Pouls radial à peu près régulier et égal. Pouls crural petit. Les jambes sont désenflées depuis que la malade est couchée.

L'hémorrhagie n'a pas reparu, et la femme a quitté la Clinique sans être accouchée.

Remarques. — Nous ne pouvons évidemment pas rejeter l'idée de l'insertion vicieuse du placenta; mais nous ne pouvons non plus nous défendre de l'idée que la lésion du cœur peut être pour quelque chose dans la production de cette hémorrhagie. Dans l'observation suivante

nous voyons la femme perdre du sang tous les jours pendant les quatre derniers mois d'une grossesse et pendant tout le cours de la grossesse suivante.

Rétrécissement mitral. Fièvre intermittente. Rhumatismes. Pertes. Epistaxis. Accouchement prématuré.

Bailly, 28 ans, domestique, née à la Châtre (Indre). Veuve; 8, salle St-Pierre, Hôtel-Dieu, entré le 11 août 1873.

13 septembre. Dès l'âge de 7 ans, cette femme a d'abondantes épistaxis; à 11 ans, elle est réglée, l'écoulement est en général très-abondant. A 14, se manifeste une interruption de huit mois, en même temps que le début d'une fièvre intermittente qui se prolonge dix-huit mois. A 17, elle a son premier enfant, à terme; celui-ci vit sept mois; la grossesse est normale, suivie seulement d'une douleur au pied droit pendant un mois. A 19 ans, seconde grossesse; pendant les quatre derniers mois, elle perd du sang tous les jours et une heure après l'accouchement elle a une perte considérable; l'enfant vit encore. A 20 ans, troisième grossesse; elle perd encore pendant tout le cours de celle-ci, au point, dit-elle, que les médecins pensaient à quelque cancer et surtout ne la croyaient pas enceinte: elle accouche à six mois et demi et se remet. Quatrième grossesse à 22 ans, normale; l'enfant meurt à neuf mois. Cinquième grossesse à 24 ans; elle accouche à sept mois et demi, sans en savoir la raison. L'enfant vit encore et est bien portante. Elle l'a nourrie treize mois et a allaité tous ses autres enfants.

Malgré tout, elle se portait bien jusqu'il y a deux mois. Jamais elle n'a eu de palpitations. Depuis deux mois elle est tenue par un rhumatisme articulaire aigu.

Nous trouvons un rétrécissement mitral indiqué par un premier claquement énorme, un dédoublement du second et le roulement du second temps. La lésion du cœur nous paraît dater de loin.

Poulet, 30 ans, corsetière, entre le 2 août 1858, salle Ste-Marthe. Charité.

Réglée à 13 ans, elle reste alitée quatre mois, vers sa 18^e année, pour un rhumatisme articulaire dont la convalescence dure un an. Les palpitations paraissent à 24 ans. Elle a quatre grossesses et accouche il y a quatre mois. Chaque délivrance est accompagnée de pertes. Les pieds sont enflés depuis deux mois; elle est obligée de se tenir assise dans son lit.

Toussaint a 3 fausses couches de six mois, accompagnées de pertes considérables.

Gourio, qui dès l'enfance a des épistaxis très-abondantes et de l'essoufflement, est atteinte à 25 ans d'une métrorrhagie qui dure six mois.

Chez Pialat nous notons à 29 ans un premier accouchement accompagné de pertes; à 32, un second accouchement avec nouvelle métrorrhagie; à 36, nouvelle métrorrhagie qui persiste six ans.

Il sera intéressant, dans les observations qui plus tard devront contrôler notre travail, de noter l'époque de la *ménopause* chez les individus atteints de maladie de cœur. Voici quelques résultats :

Hemmen	Agée de 22 ans.	Ménopause à 21 ans.
Saint-Pierre	— 27 —	Réglée de 14 à 25 ans.
Beaupain	— 27 —	— 11 à 26 —
Lours	— 29 —	— 16 à 27 —
Meunier	— 36 —	— 18 à 35 —
Bonenfant	— 50 —	— 13 à 44 —
Naudet	— 49 —	— 13 à 46 —
Gourio	— 51 —	— 15 à 47 —
Boursy	— 67 —	— ? à 48 —
Picard	— 52 —	— 14 à 49 —
Laurain	— 54 —	— 12 à 52 —
Manoury	— 48 —	— 23 à (l'est encore)
Bauquier	— 44 —	— 16 à id.

Les mêmes écarts existent pour la ménopause et pour l'installation des règles.

(A suivre.)

CAS REMARQUABLE

DE CUTISATION DU CORDON OMBILICAL, CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ,

Par le Dr **Guéniot**, Agrégé de la Faculté,
Chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés.

Le 10 novembre 1871, étant examinateur à l'hôpital de la Charité, je trouvai dans la salle des accouchées (service de M. Bourdon) une jeune primipare, blonde, lymphatique, se disant très-nerveuse, facile aux grandes émotions et qui, sans doute pour cette cause, était accouchée prématurément, à 8 mois $1/2$, de l'enfant dont je vais parler.

Celle-ci était une petite fille de *quatre jours*, pesant environ 2 kilog. $1/2$, d'une apparence très-vivace et prenant le sein avec vigueur. A sa naissance, on remarqua que le cordon ombilical présentait, dans une longueur d'environ 15 centimètres à partir de sa racine, un aspect particulier tout à fait extraordinaire. L'organe fut lié, cependant, à la distance de 6 centimètres de la paroi abdominale; puis on le sectionna, selon l'usage, au delà de la ligature. La résistance qu'il offrit à la section ne parut pas s'écarter notablement de celle d'un cordon ordinaire. On négligea, chose regrettable, d'examiner la surface de la

coupe. La longueur totale du cordon était d'environ 45 centimètres, et son volume un peu plus fort que de coutume.

Aujourd'hui, 10 novembre, je constate que le bout du cordon, encore adhérent à l'enfant, est dans toute sa longueur constitué superficiellement par une gaine cutanée qui se continue, sans ligne de démarcation, avec les téguments de l'abdomen. Au lieu d'une zone cutanée de 8 à 10 millimètres, comme il est habituel de le voir, c'est un appendice de 6 centimètres de long qui offre la coloration, l'opacité, la consistance et la structure apparente de la peau. Les vaisseaux ombilicaux occupent le centre de ce cylindre et sont entourés, sans doute, d'un tissu particulier, car la substance, dite gélatine de Warthon, ne donnerait pas à l'appendice une fermeté aussi grande que celle dont il est pourvu.

La piqûre superficielle du cordon, pratiquée avec une épingle, donne lieu à l'issue d'une gouttelette de sang, mais elle ne provoque pas de douleur. Malgré la ligature, les vaisseaux n'ont cessé depuis la naissance de fournir un suintement sanguin.

Le cordon s'implante à la paroi abdominale d'une façon régulière, et il n'existe aucune apparence de hernie. Sur un de ses points, on remarque une ulcération très-superficielle; mais l'organe conserve encore sa fraîcheur et sa vitalité.

Les excréments intestinale et urinaire s'effectuent normalement.

Le lendemain, 11 novembre, voulant suivre les phases de ce fait intéressant, je revins examiner la petite fille. Sa santé générale restait des plus satisfaisantes. Le cordon offrait quelques traces de mortification, surtout une fêdilité caractéristique; sa fermeté était moindre et l'on pouvait distinguer, à 25 millimètres de la paroi abdominale, une sorte de sillon en deçà duquel les téguments conservaient toute leur vitalité, tandis qu'au delà l'altération était déjà évidente. A n'en pas douter, ce sillon marquait le point de jonction de la zone cutanée abdominale avec la portion anormalement cutisée du cordon.

J'appliquai sur ce même point une ligature solide et très-serrée. L'enfant alors s'agita quelques instants, comme s'il en ressentait de la douleur. La portion située au delà de la ligature se congestionna légèrement, devint livide et parut ainsi devoir promptement se mortifier.

13 novembre. La portion du cordon, isolée par la ligature d'avant-hier, est aujourd'hui en pleine *putréfaction* et séparée de la zone cutanée radriculaire par un sillon profond qui indique sa chute prochaine.

Elle ne s'est point desséchée, comme à l'ordinaire, malgré la poudre de fécule dont on la couvre plusieurs fois par jour.

15 novembre. Cordon non tombé encore, exhalant une odeur infecte. Le tronçon radiculaire paraît plus court que précédemment; il est tuméfié, rouge et enflammé au voisinage de la surface d'élimination. Etat général satisfaisant.

17 novembre. Le cordon, putréfié *comme un corps charnu*, n'est plus retenu que par l'une des artères ombilicales. Ce vaisseau est relativement volumineux (presque comme la radiale), et ses parois restent fermes. Le tronçon cutané s'est raccourci; son inflammation a disparu; il suppure. L'enfant continue de téter avec une certaine avidité. — Ligature très-serrée de l'artère qui retient encore le cordon à l'abdomen.

Enfin, le 21 novembre, l'enfant étant en bon état et la racine du cordon en voie de rétraction, la mère quitte l'hôpital (15 jours après l'accouchement).

Remarques. — Cette observation est malheureusement incomplète, puisque l'examen microscopique nous fait défaut. Il est regrettable qu'au moment de la naissance une portion du cordon n'ait pas été soumise à l'analyse histologique. Néanmoins, tel qu'il est, ce fait me paraît offrir une réelle importance. Il reste acquis, en effet, que le cordon dans une longueur d'environ 15 centimètres était revêtu, non d'une gaine séreuse, mais d'une enveloppe offrant tous les caractères extérieurs de la peau (épaisseur, opacité, coloration, consistance, vascularisation, et peut-être sensibilité). Le microscope seul pouvait mettre en évidence l'existence ou l'absence de glandes et de papilles; sur ce point, je ne hasarderai aucune hypothèse. Mais, par contre, il n'est guère douteux que cette membrane ne fût composée d'un derme résistant et d'un épiderme. Quant au tissu central, sa consistance ferme me ferait supposer qu'il n'était point formé seulement de la gélatine de Warthon, ou plutôt que celle-ci se trouvait notablement modifiée dans sa constitution. La chute tardive du cordon, au douzième jour de la naissance, de même que sa putréfaction et son élimination par suppuration, viennent encore fortifier cette manière de voir.

En admettant que cette membrane extérieure soit réellement douée d'une structure cutanée, — ce que je crois assez probable d'après les détails de l'observation — doit-on la considérer comme une émanation de la paroi abdominale, ou en d'autres termes, comme un pro-

longement démesuré du tronçon tégumentaire qui accompagne normalement la racine du cordon ? Je ne pense pas, et en voici la raison.

On a vu qu'un sillon ulcéreux s'est formé spontanément à 25 millimètres de la paroi du ventre, délimitant ainsi deux portions dans la longueur du cordon : l'une, radiculaire et représentant la zone cutanée des cordons ordinaires ; l'autre, excentrique et caduque, se comportant dans sa chute comme les cordons gélatino-séreux. Cette similitude de marche, dans les phénomènes de la chute, conduit naturellement à croire que la singulière anomalie dont il s'agit n'était autre que la conséquence d'une cutisation accidentelle de la séreuse funiculaire. La congestion suivie de lividité, qui se produisit quand j'étranglai le cordon dans une ligature, prouve d'ailleurs que la portion caduque recevait ses vaisseaux et sa circulation de la portion radiculaire ou abdominale.

Pendant cette même année 1871, M. Tarnier a présenté à la Société de Chirurgie (séance du 7 juin) un enfant de 3 semaines qui était affecté d'un spina bifida avec tumeur hydro-rachidienne. Celle-ci, du volume d'une petite noix, offrait vers sa partie moyenne une zone membraneuse parfaitement transparente, qui laissait voir profondément des cordons nerveux. Or, cette membrane s'épaissit peu à peu ; des îlots de peau se formèrent dans son épaisseur, puis se réunirent aux téguments de la base et du sommet de la tumeur. Bref, il s'établit un travail qui tendait à transformer toute l'enveloppe de la tumeur en tissu cutané. Malheureusement, l'observation ne put être suivie jusqu'à la fin, et nous ignorons quelles furent les modifications ultérieures de cette enveloppe.

Dans une séance de la Société anatomique (décembre 1871), j'ai vu également, sur un nouveau-né que présentait M. Campenon, une tumeur herniaire de l'ombilic, dont les parois avaient subi partout la transformation cutanée. Quoique congénitale, la hernie était entièrement recouverte d'une peau saine, tout à fait analogue à celle de la région.

Enfin, dans les premiers jours de janvier 1874, j'ai reçu dans mon service une petite fille de 3 mois, qui portait à la région lombaire une tumeur hydro-rachidienne du volume d'une noix. Pendant plus d'une semaine, je pus suivre sur la paroi de cette tumeur le développement de vaisseaux sanguins et un commencement de cutisation de son enveloppe, qui perdit en grande partie sa transparence. Mais cette fois encore, l'observation ne put être conduite jusqu'à bonne fin ;

car, le petit malade s'affaiblit rapidement et mourut dans le marasme.

Tels sont les faits qui, à ma connaissance, semblent établir que les séreuses sont susceptibles de subir parfois la transformation cutanée. Déjà, nous savions que les muqueuses, dans certains états pathologiques, peuvent revêtir l'apparence, sinon la vraie structure de la peau. Il en serait donc de même des membranes séreuses.

DE L'OBLITÉRATION DU VAGIN

COMME MOYEN

DE GUÉRISON DE L'INCONTINENCE D'URINE DANS LES GRANDES PERTES
DE SUBSTANCE DE LA VESSIE,

Par le Dr **J. Herrgott**, Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

L'oblitération du vagin pratiquée dans le but de guérir l'incontinence d'urine, suite de fistules vésico-vaginales trop étendues pour permettre l'affrontement des bords, est une idée française qui appartient à Vidal (de Casis); elle est née en 1832, à l'hôpital du Midi, d'une série de circonstances fortuites, et a été presque obtenue la première fois sans qu'on l'ait cherchée, à la suite d'une cautérisation plus intense et plus étendue qu'on n'avait voulu la faire. Elle fut recherchée ensuite directement par l'auteur, la même année, par une opération plastique régulière; son succès fut de nouveau compromis par l'imprudence d'un élève.

L'auteur en parla à la Société d'émulation; le *Journal hebdomadaire* d'alors publia en partie cette communication, et en 1841 (1) il fit connaître, sous le nom de *Méthode indirecte*, dans tous ses détails, son idée et ses tentatives opératoires.

Kilian, l'auteur allemand le mieux en situation de traiter cette question historique, dit, dans *Operationslehre für Geburtshülfe*, t. III (*Rein chirurgische Operationem des Geburtshelfers*), p. 332. Bonn, 1856. In-8°: « A Vidal appartient la priorité de l'avoir proposée par la voie de la presse, mais à Wutzer de l'avoir pratiquée le premier (à Bonn), en juin 1832, en public, sur Marie Vincent, sans succès. »

Il est évident, pour celui qui a suivi attentivement les faits, que Vidal a aussi pratiqué son opération en 1832, on sait dans quelles circonstances; malheureusement, nous n'avons pu apprendre la date de son opération; toutefois, il est clair qu'il n'a point été inspiré par le fait du chirurgien de Bonn, qui n'a été connu, non-seulement en France, mais en Allemagne, que bien des années après. Dans le livre

(1) *Traité de pathologie ext.*, v.

de Kilian, collègue de Wutzer à l'Université de Bonn, cette méthode opératoire est appelée *méthode indirecte*, du nom que Vidal lui avait donné.

Il nous paraît impossible de ravir à notre compatriote l'honneur d'avoir, en dehors de toute inspiration étrangère, conçu cette opération, de l'avoir pratiquée et surtout de l'avoir publiée.

A la fin de 1844, Auguste Bérard pratiqua de nouveau cette opération sur une femme affectée d'une perte de substance énorme, comprenant toute la paroi postérieure de la vessie, de son col et d'une partie de l'urèthre, avec hernie de la muqueuse vésicale dans le vagin, à travers l'hiatus vésical. La cicatrisation était presque complète, l'urine s'écoulait claire et limpide par la sonde placée à demeure. Aucun phénomène morbide grave ne s'était manifesté à la suite de l'opération. Pendant trois semaines les choses furent dans un état tel qu'on pouvait concevoir l'espoir d'un entier succès, lorsqu'il se développa tout à coup, après la troisième semaine, des accidents inflammatoires dans le péritoine et la plèvre, auxquels la malade succomba dix-sept jours après, par conséquent trente-huit jours après l'opération. A l'autopsie on trouva une péritonite partielle et disséminée très-intense, les deux plèvres enflammées et tous les autres organes dans une intégrité parfaite. La vulve était oblitérée, sauf deux petits pertuis. Lorsque ce fait fut communiqué par Bérard à l'Académie de médecine, dans la séance du 11 février 1845, il déclencha une véritable tempête. La discussion occupa les séances du 18 et du 25 février. Les accoucheurs et les chirurgiens de la savante compagnie furent unanimes pour repousser l'idée de Vidal (de Cassis) et blâmer Bérard de l'avoir mise en pratique.

Nous citons, d'après le compte rendu de l'Académie inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, 1845, p. 126 et suivantes :

« Le procédé de M. Bérard est irrationnel, dit P. Dubois; en entreprenant cette opération, il n'avait pas de motifs suffisants d'espérer qu'elle eût du succès; il l'a tentée avec des chances tout à fait inconnues... rien ne prouve que la réunion eût pu devenir complète. C'est l'opération qui a provoqué l'inflammation à la suite de laquelle la malade a succombé. »

« L'oblitération du vagin, dit Blandin, n'est, je n'ose pas dire absolument, mais presque pas possible. L'opération n'a pas réussi, elle n'a pas donné d'autres résultats que ceux qui pouvaient être prévus d'après les faits antérieurs; ce fait ne changera pas les idées à cet égard. »

« L'opération, dit Gerdy, n'était pas de nature à devoir réussir; cette

opération ne peut pas être considérée encore comme convenable et rationnelle... Le procédé de M. Vidal (de Cassis) ne doit pas entrer encore dans la pratique, bien qu'il y ait assurément des raisons pour le soutenir. »

C'est en vain que Bérard répond que, dans le cas qu'il a opéré, il n'y avait plus ni bas-fond de la vessie ni paroi antérieure du vagin ; que l'opération pratiquée par lui avait été la seule ressource pour guérir l'incontinence d'urine ; que l'oblitération vaginale est très-difficile, mais non impossible à obtenir, puisque, chez une femme observée par Dupuytren, et chez une autre citée par Cazeaux, l'oblitération du vagin s'était faite spontanément.

Moreau, dans la séance suivante (1), approuve les reproches qui avaient été adressés à l'opération de Vidal (de Cassis) et dit que vouloir obtenir l'oblitération du vagin est une tentative irrationnelle ; car, en supposant qu'on réussit, on ne ferait que transformer une infirmité en une autre plus grave encore, et qu'on pourrait compromettre l'existence par les accidents que causerait la rétention des règles, car elles ne peuvent prendre leur cours par l'urèthre...

Roux, qui pense comme tout le monde que l'opération n'est ni convenable ni rationnelle, admet cependant que si les objections qui ont été adressées n'ont pas la valeur qu'on leur a donnée, il en est d'autres à lui faire : celle de condamner la femme à l'impuissance, ce qui est chose excessivement grave.

Velpeau dit que l'opération de Vidal n'a été proposée que pour des cas exceptionnels, et tout en n'en étant point partisan, il ne croit pas qu'on doive la rejeter absolument ; elle est difficile, mais non impossible, et n'empêche pas l'écoulement du sang menstruel, qui est excrété par l'urine, ainsi qu'il en a observé un cas où cette excrétion avait eu lieu par le canal et un pertuis qui était resté à la suite d'une oblitération spontanée qu'il essaya de détruire, et qui se reproduisit rapidement ; ce ne peut pas être une méthode générale, mais tout exceptionnelle et applicable aux femmes de quarante ans.

Dans la séance du 4 mars (2), Bérard répondit de nouveau à ses contradicteurs que l'opération de Vidal est la seule ressource qu'on puisse employer, dans certains cas déterminés, pour guérir les femmes de la plus horrible infirmité qui en fait un objet de dégoût, brise tous les

(1) 25 février 1845, *Gazette médicale de Paris*, p. 142.

(2) *Gazette médicale*, p. 134.

liens sociaux et les condamne au désespoir; qu'en présence de cas semblables au sien, l'art est complètement impuissant;

Que ce procédé n'est pas impossible, comme on a voulu le dire, car la nature produit quelquefois le résultat que le chirurgien recherche; que l'urine n'empêche pas la cicatrisation des plaies, et qu'on pourrait même au besoin détourner le cours des urines;

Qu'elle n'est pas si dangereuse, car des trois tentatives, deux de Vidal et la sienne, celle-ci a été suivie de mort, sans qu'on pût l'attribuer certainement à l'opération pratiquée depuis trente à quarante jours.

Que les règles ne sont pas retenues, et que chez les femmes âgées elles ne peuvent plus l'être; que le vagin s'accommode au contact de l'urine; que ce liquide ne peut passer par l'utérus dans le péritoine; que quant à l'impuissance, elle existe de fait chez les malheureuses frappées de cette horrible infirmité; que l'opération est donc possible et rationnelle.

Nous avons voulu mettre sous les yeux les arguments produits par les chirurgiens éminents de l'époque pour et contre cette opération, car, malgré le temps qui s'est écoulé, les progrès qui se sont accomplis, il est encore des esprits judicieux chez lesquels le *veto* si solennellement exprimé conserve son influence.

L'effet de ce verdict fut de décourager en France les chirurgiens d'entrer dans la voie ouverte par Vidal, défendue avec tant de talent par Bérard, qui débutait alors dans une brillante carrière qui devait se terminer trop tôt.

Peu après cette discussion, Vidal (de Cassis) la résuma dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* (1) et le silence se fit en France autour de cette proposition.

Elle ne devait revivre que quand le traitement des fistules vésico-vaginales aurait subi l'influence des perfectionnements si considérables dont il a été l'objet.

Les Allemands et les Américains entrèrent de nouveau les premiers dans cette voie. Un article publié par Bozeman, dans le n° 43 du *New-York Record*, t. II, année 1867, dans lequel l'auteur revendiquait la priorité du succès de cette opération, donna lieu à une réponse de G. Simon, publiée dans la *Deutsche Klinik*, 1868, n° 44 et 45, dans la-

(1) T. XIV, p. 5.

quelle ce chirurgien prouve que cette heureuse priorité lui appartient, et que le premier cas opéré par lui remonte à 1856 et a été publié dans le n° 35 de la *Deutsche Klinik*.

Cette opération, ressource suprême contre l'incontinence, suite de grandes pertes de substance du vagin ou de communication de la vessie avec la cavité de la matrice, comme Vidal en avait limité les indications, devait devenir d'une application d'autant plus rare que les moyens de guérir les grandes pertes de substance seraient plus perfectionnés. Elle est imposée quelquefois par le travail que la nature a entrepris elle-même; d'autres fois elle l'est par la disposition de la perte de substance, son étendue et ses rapports avec les parties voisines; elle reste toujours la ressource ultime à laquelle le chirurgien n'a le droit de recourir que quand l'impossibilité ou l'insuffisance des autres restaurations est absolument reconnue. Dans ces cas se pose le problème suivant : vaut-il mieux condamner une femme à la stérilité qu'à la cruelle infirmité dont elle est affligée? La réponse du côté de la femme, de son mari, n'est pas douteuse un seul instant; en tout cas, leur assentiment à cette opération est absolument indispensable après que les conséquences en ont été exposées.

Dans les modes opératoires il y a aussi un choix à faire : le meilleur, le plus avantageux pour la femme, sa vie conjugale, sera celui qui lèsera le moins la disposition naturelle de ses organes, et il est clair que l'oblitération qui laissera au vagin la longueur la plus grande sera aussi celle qui devra être préférée. Dans quelques circonstances il pourra se faire qu'elle soit praticable au fond même du canal vaginal, qui conservera alors presque toute sa longueur et restera un organe de copulation, stérile il est vrai. Cette proposition peut paraître étrange. Si vous pouvez faire la suture si haut, me dira-t-on, pourquoi ne pas la disposer de façon à rejeter l'orifice utérin dans le vagin plutôt que dans la vessie? On doit toujours rechercher ce but, cela est vrai, mais il ne peut pas toujours être atteint; la lèvre antérieure du col qui forme la paroi de la perte de substance peut avoir été altérée si profondément qu'elle ne peut servir de point d'appui pour la suture; le col peut aussi être si complètement altéré par le travail de la cicatrisation qui a suivi l'élimination de la partie mortifiée, qu'il n'est plus possible de l'emprunter pour y faire une suture, et que, pour obtenir une adhésion solide, on est obligé de prendre une portion de la paroi vaginale postérieure, ce qui rejette alors le col dans la vessie.

Le triomphe de l'art consiste dans la restauration complète des or-

ganes et de leurs fonctions, mais quand ce but ne peut être atteint, on peut s'estimer heureux d'avoir guéri l'incontinence au prix de la stérilité.

Cette opération d'origine française n'a été que rarement pratiquée chez nous; l'ouvrage de Deroubaix, si riche en informations, ne mentionne aucune tentative opératoire française suivie de succès.

Nous avons oblitéré le vagin quatre fois, deux fois en achevant ce que la nature avait commencé et deux fois de propos délibéré, puisque les circonstances nous l'imposaient; des deux premiers faits, un a été adressé à l'Académie des sciences et publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, en octobre 1872.

Des deux derniers faits, un seul a été publié avec le précédent travail; les trois figurent dans mon mémoire sur le traitement des fistules vésico-vaginales inséré dans le tome VII, p. 483, des *Mémoires de la Société de chirurgie*; ils portent, dans le tableau synoptique de mes opérations, les n^{os} 6, 11 et 12. Celui qui accompagne ce travail portera le n^o 15.

Voici le sommaire des trois cas publiés, suivi de l'observation inédite :

OBSERVATION VI. — Grande perte de substance de la paroi vaginale antérieure; fermeture cicatricielle du vagin, sauf deux pertuis; occlusion de ceux-ci par la suture; péritonite; mort le dixième jour (octobre 1864).

OBSERVATION XI. — Grande perte de substance; vagin fermé par une cloison cicatricielle, sauf une ouverture admettant deux doigts; une première opération réduit l'étendue de l'ouverture; après une deuxième opération, il reste un petit pertuis qui est fermé par une troisième opération (mars 1872).

OBSERVATION XII. — Paroi vaginale antérieure détruite totalement; hernie de la muqueuse vésicale dans le vagin: première opération, insuccès complet; deuxième opération (en deux sections), réduction considérable de la fistule; troisième opération, guérison; menstruation par le vagin (Mai 1872).

OBSERVATION XV. — Fistule vésico-utéro-vaginale mesurant une longueur de 6 centimètres; déformation cicatricielle du col; hernie vésicale dans le vagin: première opération réunissant la portion droite; deuxième opération réunissant la portion gauche; il reste une petite ouverture au centre qui est fermée par une troisième opération; menstruation par la vessie. (Observation recueillie par le Dr Marchal, chef du service clinique des accouchements).

M^{me} Marie-Madeleine Cl..., âgée de 23 ans, petite (1^m,50), cheveux châtains, tempérament lymphatique, nerveuse, d'une bonne santé habituelle, n'a marché qu'à l'âge de 4 ans. Ses jambes et ses cuisses présentent de légères courbures rachitiques. Réglée depuis l'âge de 16 ans, cinq ou six

jours par mois régulièrement et abondamment, elle s'est mariée au mois de mai 1871. Elle n'a vu ses règles reparaitre que deux ou trois fois après son mariage : puis elle est devenue enceinte, sa grossesse s'est très-bien passée. Elle dit ne s'être jamais si bien portée qu'à cette époque.

Elle se considérait comme à terme, lorsque les premières douleurs se déclarèrent dans l'après-midi du mardi 4 juin 1872. La sage-femme la visita une première fois à six heures du soir; puis à une seconde visite faite le même jour à neuf heures, elle rompit la poche des eaux. Ses douleurs se suspendirent pendant deux heures environ, puis reparurent en se reproduisant de dix minutes en dix minutes avec une grande intensité. Elles durèrent ainsi jusqu'au samedi, 8 juin; la parturiente étant alors extrêmement fatiguée et épuisée, on fit appeler le Dr V..., qui conseilla d'appliquer sur le col utérin de la pommade belladonnée; cette prescription fut immédiatement exécutée, samedi 8, cinq heures du matin. Les douleurs persistèrent encore toute la journée, et le soir la fatigue de la femme Cl... était telle qu'elle fut prise d'un délire qui dura toute la nuit. L'accouchement se termina spontanément le dimanche, 9 juin, à six heures du matin, par l'expulsion d'un enfant du sexe masculin, volumineux et mort-né. Ajoutons qu'un bain avait été donné le mercredi, 5, et que M^{me} Cl... déclare n'avoir plus senti les mouvements de l'enfant après le moment où les membranes ont été rompues.

Suites des couches. — Les deux premiers jours se passèrent sans que la famille remarquât rien de particulier. La mère de l'accouchée lui pratiquait des injections vaginales; l'introduction de la canule était difficile et douloureuse; les parties génitales externes étaient extrêmement rouges et tuméfiées; l'écoulement du sang était normal.

Le quatrième jour, des lambeaux volumineux sphacelés se présentèrent à l'entrée du vagin, qu'ils obstruèrent; ils se détachèrent par fragments ou furent enlevés à l'aide de ciseaux, du cinquième au douzième jour.

L'écoulement lochial, qui était devenu fétide, cessa presque entièrement après l'élimination des parties mortifiées, et ne dura pas plus longtemps qu'après les couches normales.

Dès le quatrième jour, les urines s'étaient écoulées par le vagin; depuis cette époque, elles mouillent continuellement les parties génitales de cette pauvre femme. Des soins extrêmes de propreté ne peuvent l'empêcher de répandre une odeur ammoniacale assez prononcée, mais ils ont préservé les cuisses de toute trace d'irritation.

Les règles n'ont pas reparu depuis l'accouchement; cependant, à des époques indéterminées, un sentiment de tension douloureuse dans le bas-ventre a été observé.

M^{me} Cl... est entrée à l'hôpital Saint-Charles au mois d'août 1872, et après un séjour de six mois elle est sortie sans qu'on ait cru devoir l'opérer. Au mois de décembre 1873, M. le professeur Herrgott, consulté par elle, se décida à tenter une opération destinée à guérir cette infirmité. Dix-huit mois s'étaient écoulés depuis l'accouchement.

Examen le 22 décembre. Quand on introduit le doigt dans le vagin, on suit la paroi vaginale dans une étendue de 4 centimètres environ. A cette

profondeur on rencontre une large ouverture occupant toute la paroi vaginale antérieure et se prolongeant jusqu'au col utérin. A travers cette ouverture on pénètre dans la vessie, dont la muqueuse forme hernie dans le vagin. Ce conduit est lui-même rétréci, ces culs-de-sac adhérent au pourtour du col, qui se présente sous la forme de deux petits tubercules circonscrivant une cavité infundibuliforme, dans laquelle on n'a pas réussi à faire pénétrer une sonde du plus petit calibre.

La portion de la paroi vaginale qui se trouve en avant de l'ouverture est épaisse, elle semble adhérente à la partie postérieure du pubis; elle est du moins très-peu mobile, et il semble impossible de lui rendre assez de mobilité pour pouvoir la réunir aux parties correspondantes de la fistule.

En faisant pénétrer une sonde dans le canal de l'urèthre, on constate qu'il a toujours son étendue normale, qu'il est perméable, que le col vésical n'a pas été intéressé dans la perte de substance, cette dernière ayant eu lieu uniquement aux dépens du bas-fond de la vessie.

Quand on déprime fortement la paroi vaginale postérieure avec le spéculum univalve de M. Herrgott, on met complètement à découvert l'ouverture qui fait communiquer largement la vessie et le vagin. On peut constater *de visu* que la fistule a au moins 6 centimètres de largeur, et qu'elle s'étend jusqu'au point où le vagin s'insère sur le col. On aperçoit ce dernier au fond, en arrière et à gauche; il est formé par deux lèvres d'un petit volume, séparées par une fente transversale où l'on aperçoit un petit pertuis.

La malade entre le 17 janvier 1874 au service de la clinique d'accouchement où M. le professeur Stoltz veut bien l'admettre : on lui prescrit un purgatif le 20 au soir.

Le 24 janvier on procède à l'opération avec le concours de MM. Roussel, professeur adjoint; Gross, professeur agrégé; M. le Dr Marchal, et en présence des internes et des élèves de la Faculté qui suivent la clinique.

Les avantages de la position dorsale inclinée et la supériorité du spéculum de M. Herrgott sur tous les autres moyens d'exploration et de fixation de la fistule furent appréciés par tous.

Après avoir de nouveau constaté l'état de mobilité des parties moyennant de petites érignes, l'état du col, et vu le peu de surface que présentait la lèvre antérieure de cet organe, M. Herrgott se proposa d'abord d'opérer le côté droit; à cet effet, il circonscrivit toute la partie droite d'une auréole d'avivement de 8 millimètres de largeur : cette auréole intéressait dans cette partie, en avant la lèvre inférieure antérieure, en arrière la paroi vaginale postérieure jusqu'au niveau où elle se confondait avec le col. Des fils d'argent furent passés dans les deux lèvres, et leur contraction eut pour effet de rendre le rapprochement plus facile qu'on ne l'aurait cru. L'avivement de la lèvre postérieure s'était arrêté vis-à-vis le col, et l'intention de l'opérateur avait été de le prolonger sur le col; mais il ne tarda pas à voir combien cet organe offrait peu de prise et de surface libre pour cela. L'opération fut arrêtée là. En réunissant par des fils les deux lèvres avivées de la plaie, la muqueuse vésicale disparut derrière la fente, et aussi le col qui, par le rapprochement des lèvres de la perte de substance à droite, subit un mouvement de bascule qui le rejetait dans la vessie avec la plus grande facilité.

Il en résulta un rapprochement plus considérable des lèvres de la perte de substance. L'opérateur résolut alors de poursuivre la réunion de cette façon, et de ne laisser à gauche qu'une ouverture d'un centimètre de diamètre environ; dix fils furent placés et transformèrent ce hiatus en une ligne, à gauche de laquelle était la partie non opérée. Il crut prudent d'en rester là pour cette séance, qui avait duré deux heures, pendant lesquelles la malade avait été maintenue exactement chloroformée dans cette situation anormale par les soins de M. Gross.

Au réveil, la malade fut prévenue que l'opération n'avait pas été achevée et que l'écoulement de l'urine ne serait pas arrêté.

Le résultat de l'opération fut celui-ci :

Les dix fils qui avaient été placés avaient singulièrement réduit ce hiatus, dont il ne restait plus qu'une ouverture à gauche et en haut, admettant l'extrémité du petit doigt. La malade ne souffrit que peu pendant deux jours, et rien de particulier ne se présenta.

Le 28 (septième jour), on enleva les fils, et l'on constata que les bords de la plaie étaient parfaitement réunis, surtout dans le côté droit, à l'angle inférieur; vers l'ouverture, à gauche, la réunion parut moins assurée. On permit à la malade de se lever le 1^{er} février; on l'examina le 4 : la plus grande partie était réunie; à gauche, comme cela avait été prévu, une portion de la réunion avait été compromise. On renvoya la malade chez elle, et on promit de fixer ultérieurement le jour où l'on tenterait une nouvelle opération.

La malade rentra au service au commencement d'avril.

L'examen démontra que toute la partie droite était restée bien réunie, que l'ouverture s'était agrandie et s'étendait presque jusqu'au milieu. Il n'y avait plus de hernie vésicale, et la matrice était restée cachée derrière la partie réunie. La malade fut purgée le 7 avril, et le 8 il fut procédé à la deuxième opération, en présence des mêmes élèves et avec le concours des mêmes collègues et confrères que la première fois.

On aviva le pourtour de l'ouverture anormale dans une largeur de 8 millimètres à 1 centimètre, neuf fils furent placés. L'opération dura une heure et demie; pendant ce temps, l'anesthésie fut maintenue complète.

On ne plaça pas de sonde dans la vessie.

Les urines furent sanguinolentes pendant la journée; dans la soirée, douleurs vives dans le bas-ventre.

On prescrivit une potion laudanisée, et l'on fit une injection d'eau dans la vessie pour diluer les urines; le cathétérisme fut nécessaire.

9. Douleurs moins vives, urines toujours sanguinolentes, deux injections vaginales et deux injections vésicales, pas de selles, cathétérisme.

10. A partir de quatre heures du matin, la malade a uriné spontanément, les urines sont toujours sanguinolentes. On ne s'explique pas ce phénomène, car l'opération n'a attaqué aucun vaisseau. Il ne peut être attribué qu'à la menstruation qui serait arrivée en même temps que l'opération, et qui, vu la suppression de ce phénomène, n'avait pu être prévue.

Soir. La malade continue à uriner spontanément, les urines sont toujours

rouges; pouls fréquent, sensibilité vive dans la région sus-pubienne, céphalalgie; cataplasmes laudanisés.

11. Nuit bonne; la céphalalgie a disparu, le ventre est souple, indolent; la malade a uriné dans son lit pendant son sommeil sans s'en apercevoir. Éveillée, elle urine volontairement à peu près toutes les heures; urines toujours sanguinolentes; pouls, 108; température, 37°.

12. A uriné volontairement, les urines ne sont plus sanguinolentes; vers neuf heures du matin elle éprouve une pression dans le bas-ventre; peu après les urines passent de nouveau par le vagin.

État général satisfaisant.

Les fils sont enlevés le 14 avril, on constate au centre un pertuis non réuni pouvant admettre un crayon. L'opérée se lève et sort au bout de quelques jours.

La malade rentre à l'hôpital le 28 juin; elle est purgée le 30, et l'on procède à la troisième opération le 1^{er} juillet, avec l'assistance des élèves et le concours de MM. Gross et Marchal.

On constate au centre une ouverture arrondie, pouvant admettre le bout du petit doigt. Les bords de cette ouverture sont mous et souples; à gauche et à droite on voit une ligne cicatricielle dirigée obliquement de droite à gauche, de bas en haut.

Une large auréole d'un centimètre est tracée autour de cette ouverture et enlevée d'une seule pièce. Après la régularisation des bords, on passe neuf fils métalliques qui les réunissent exactement. L'opération a duré une heure seulement et a été faite pendant l'anesthésie. Au réveil, la malade est placée dans son lit. Elle n'éprouve ni fièvre, ni douleur, ni aucune gêne dans la miction pendant les cinq jours qui suivent.

Elle urine d'abord quatre fois, puis deux fois seulement pendant la nuit. Aucune réaction fébrile. Les fils sont enlevés le 6 au soir; on constate une réunion solide et une contention parfaite de l'urine.

L'enlèvement des fils est fait en présence de M. le professeur Stoltz, et avec le concours de M. Marchal et de tous les élèves.

Le 10, elle est examinée au spéculum par M. Stoltz, le 11 par M. Roussel, qui constatent une réunion exacte.

L'apparence que présente la cicatrice dans l'aire du spéculum plein est celle d'un col raccourci et fermé par une fente oblique de droite à gauche et de bas en haut. L'opérée ne sait comment exprimer sa joie et son bonheur, elle se lève une partie de la journée.

Le 12, elle va à l'église, se promène dans la cour sans éprouver la moindre incommodité. Elle n'urine que deux fois pendant la nuit, et de plus en plus rarement dans la journée.

Le soir, elle éprouve des douleurs de reins et une pesanteur dans le bas-ventre, et le 13 elle remarque que les urines sont sanguinolentes; elles restent ainsi toute la journée.

Le 14 et le 15, même état.

Le 16 au matin, elles ont repris leur couleur normale.

L'état général de la malade a été excellent, aucune incommodité ni humidité dans le vagin; l'émission de l'urine est très-facile. Il est évident que

la menstruation a été la cause de cette coloration de l'urine, que l'excrétion du sang s'est faite par cette voie.

Ce n'est pas sans un certain sentiment d'anxiété que nous attendions le rétablissement de la fonction menstruelle.

Bien qu'avant la première opération, lors des examens qui l'avaient précédée, nous eussions eu la conviction que le col complètement déformé, usé pour ainsi dire par la modification et le travail réparateur, n'avait pas été fermé, puisqu'à un moment nous avons vu sourdre à son centre une gouttelette de sang, et qu'après la deuxième opération l'état sanguinolent des urines n'ait pu avoir été attribué qu'à la menstruation, nous étions impatient de voir, après la guérison de la fistule, cette fonction se rétablir par la voie vésicale pour avoir la certitude que des accidents de rétention ne nous imposeraient pas une douloureuse intervention, dont le moindre inconvénient aurait été de nous forcer à reproduire la communication anormale dont la fermeture avait exigé tant d'efforts.

A ce point de vue, le phénomène qui s'était produit nous avait causé une vive satisfaction, car il nous permet de dire que la malade est définitivement guérie.

Cinq mois après, l'opérée, que nous avons rencontrée en chemin de fer avec son mari, nous a manifesté sa vive satisfaction d'être complètement rétablie.

Après ces faits, nous ne croyons plus avoir à discuter la légitimité de cette opération ni la possibilité d'obtenir par elle la guérison de la plus horrible des infirmités persistantes et compatibles avec une longue existence; sans les perfectionnements que la science a acquis et auxquels nous croyons avoir coopéré, elle n'aurait pu être menée à bonne fin.

Dans la séance du 16 mars 1875 de l'Académie de médecine, M. Giraldès, au nom d'une commission composée de MM. Hirtz, Verneuil, Giraldès, rapporteur, donne lecture du rapport suivant sur un mémoire de M. le professeur Herrgott, intitulé : *De l'Oblitération du vagin pour guérir l'incontinence d'urine produite par les vastes pertes de substance de la vessie.*

« Messieurs, le 11 février 1845, un éminent chirurgien, Auguste Bérard, faisait connaître à cette Académie le résultat des tentatives qu'il venait de faire de la méthode de Vidal (de Cassis), l'oblitération du vagin, pour guérir une vaste fistule vésico-vaginale.

« La communication du chirurgien de la Pitié rencontra dans cette enceinte une vive et très-énergique opposition; malgré une très-habile défense, la tentative de Bérard fut blâmée, et la méthode de Vidal condamnée sans appel!...

« Depuis cette époque, la thérapeutique, la médecine opératoire des fistules vésico-vaginales s'est beaucoup perfectionnée, s'est enrichie

de procédés ingénieux et efficaces; les brèches vésico-vaginales qui, en 1845, étaient regardées comme incurables, sont aujourd'hui guéries par les procédés nouveaux; mais, malgré l'excellence de ces mêmes procédés, malgré l'expérience des opérateurs, on rencontre parfois des fistules qui, par leur amplitude, échappent à l'application des procédés les plus efficaces; c'est pour ces cas que la méthode de Vidal (de Cassis) trouve une indication.

« Le mémoire adressé à l'Académie par M. le professeur Herrgott (de Nancy) a pour but d'établir la valeur et l'utilité de l'opération conseillée par Vidal en 1832. Ce travail, intitulé : *De l'Oblitération du vagin pour guérir l'incontinence d'urine produite par les vastes pertes de substance de la vessie*, est appuyé de quatre observations dans lesquelles cette opération a été pratiquée.

« L'idée et l'opération de Vidal (de Cassis), si malmenées dans la discussion académique de 1845, ont été reprises, quelques années après, par le professeur Gustave Simon, alors à Darmstadt; ce professeur publia d'abord, dans le journal la *Deutsche Klinik*, de 1856, n° 35, p. 357 à 361, plus tard, en 1858, dans la gazette mensuelle, *Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, vol. XII, p. 42, pl. 2, le résultat de ses tentatives, ainsi que ses premiers succès. C'est surtout en 1867, dans un livre publié à Prague (rapport clinique : *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses*), qu'il fit connaître plus complètement le résultat de sa pratique, et qu'il exposa avec soin tout ce qui concerne cette opération, à laquelle il donna le nom de *Kolpokleisis* (oblitération transversale du vagin); seize observations de succès recueillies dans sa pratique, et d'autres faits du même ordre recueillis dans la pratique d'autres chirurgiens (Wilms, Esmarch, Bardeleben, Wagner) déposent en faveur de l'utilité de cette opération; ces succès mêmes n'autorisent cependant pas à confondre méthode et procédé et à en oublier un peu l'origine.

« En effet, en 1868, dans une lettre adressée au Dr Bozeman (de New-York), lettre publiée dans la *Deutsche Klinik*, n° 45, p. 400 à 402, l'ancien professeur de l'Université de Rostok, après avoir rappelé la date précise de la publication de ses premières opérations et avoir fait complète justice des prétentions du chirurgien américain, réclame l'honneur de cette opération... Comme réponse à cette lettre, le docteur Bozeman publia dans le numéro d'octobre du journal : *American Journal of medical sciences*, un article : *Vésico-vaginalis fistula, comparative analysis of surgical methods*, etc., dans lequel il critique très-

vivement les opérations et les idées de professeur allemand, et accorde tout avantage aux méthodes américaines.

« Sans doute, les modifications et les perfectionnements apportés par le professeur Gustave Simon à la méthode de Vidal ont beaucoup contribué au succès de cette opération ; son procédé diffère essentiellement de celui de Vidal, et lui est supérieur ; dans le premier, en effet, on oblitère le vagin en affrontant la lèvre antérieure de la fistule sur la paroi postérieure de ce canal, et cela le plus haut possible, de façon à conserver une longueur assez grande au canal vaginal ; dans le second, on ferme le vagin tout près de la vulve, en avant de la fistule ; le premier constitue un véritable progrès. Mais on doit se le rappeler, Vidal imagina son opération en 1832, époque à laquelle la thérapeutique et la médecine opératoire des fistules vésico-vaginales étaient à peine ébauchées, alors que M. Gustave Simon imagina la sienne à une époque où le traitement de ces fistules était en plein perfectionnement. Si donc il est juste de reconnaître qu'au professeur de Heidelberg revient l'honneur des premiers succès, la *vérité historique*, la *vérité scientifique*, commandaient de dire que l'idée première de cette opération, c'est-à-dire *d'essayer de guérir par l'oblitération du vagin les grandes pertes de substance de bas-fond de la vessie incurables par les autres procédés*, cette idée est d'origine française ; elle appartient à Vidal (de Cassis).

« L'opération dont nous venons de parler a été, à ma connaissance, pratiquée trois fois en Angleterre par M. Spencer Wells, une fois avec un entier succès, deux fois avec grande amélioration.

« Le mémoire adressé à l'Académie par le professeur de Nancy vient ajouter de nouveaux faits à ceux déjà connus et prouver une fois de plus que, dans des cas exceptionnels, le méthode de Vidal (de Cassis) peut fournir aux chirurgiens une ressource précieuse. En faisant connaître à l'Académie le résultat de ses travaux, en appelant l'attention des chirurgiens sur une opération d'origine française et négligée chez nous, M. Herrgott a rendu à l'art et à la science de la chirurgie un service qu'il est du devoir de cette Académie de reconnaître et d'encourager.

« C'est pourquoi la commission a l'honneur de vous proposer :

« 1^o D'autoriser l'insertion en entier de la quatrième observation du travail de l'auteur dans le cours de ce rapport ;

« 2^o De remercier M. le professeur Herrgott de son intéressante communication ;

« De renvoyer son travail à la commission des correspondants nationaux pour être ajouté au dossier scientifique de ce candidat.

« M. VERNEUIL : M. Giralès a bien fait ressortir, dans son rapport, la part qui revient à la chirurgie française dans le traitement indirect des larges fistules vésico-vaginales. Je rappellerai que, avant Vidal (de Cassis), J. L. Petit avait publié une observation faisant pressentir la possibilité de pallier ces vastes pertes de substance; il y est question d'une certaine dame atteinte d'oblitération vulvaire coïncidant avec une large fistule vésico-vaginale. Il n'en reste pas moins acquis que c'est Vidal (de Cassis) qui, le premier, a conçu réellement l'idée de la méthode mise en pratique aujourd'hui.

« J'ai eu, pour ma part, quatre fois l'occasion de faire cette opération, et je n'ai eu qu'un insuccès complet; dans ce cas, il est vrai, l'état général de la malade était des plus mauvais. Dans les trois autres fois où j'ai réussi, il m'a toujours fallu faire des opérations complémentaires; jamais je n'ai pu obtenir l'oblitération du premier coup; il resta toujours des pertuis que je dus oblitérer plus tard. Les observations ont été, du reste, publiées dans les thèses de mes élèves.

« Quant au choix entre l'oblitération vulvaire et l'oblitération vaginale, je suis porté à préférer la première, et voici mes raisons: Quand on invite une femme à subir cette opération, on remarque qu'elle fait assez volontiers le sacrifice de sa fécondité et même des rapprochements sexuels: elle renoncerait à tout pour se débarrasser d'une infirmité dégoûtante. Malheureusement, il n'en est pas de même des maris, qui souvent, après la guérison, se livrent à des manœuvres compromettantes pour le succès permanent de l'opération. J'ai vu, entre autres, une de mes malades que j'avais opérée et complètement guérie, revenir quelque temps après avec une récidive par suite des tentatives réitérées de son mari, tentatives qui avaient amené une rupture de l'oblitération obtenue à si grand-peine.

« Je pense qu'il faut tenir compte de ces faits pour supputer les chances de succès et d'insuccès.

« En somme, on peut dire que l'oblitération vulvo-vaginale donne de bons résultats, puisqu'elle m'a réussi trois fois sur quatre, et à peu près dans les mêmes proportions qu'entre les mains de M. Herrgott.

« M. GIRALÈS : Je regrette de ne pas partager entièrement l'opinion de M. Verneuil sur le choix entre l'oblitération vaginale et l'oblitération vulvaire. En oblitérant à la vulve, surtout s'il reste une grande brèche vers le bas-fond de la vessie, on laisse derrière l'oblitération un cul-de-sac, un diverticulum où des liquides, des matières peuvent

s'amasser; on y a même, dans certains cas, trouvé des calculs. Par l'autre procédé, on n'a pas à craindre ces inconvénients, et l'on facilite l'écoulement des règles.

« M. VERNEUIL : Je ferai remarquer à M. Giraldès qu'il n'est pas toujours facile d'opérer ainsi au fond du vagin ou sur sa paroi postérieure, surtout dans les cas où les deux tiers de la cavité vaginale ont disparu ou se trouvent sillonnés par des brides cicatricielles. Voici même un jour ce qui m'est arrivé :

« J'avais affaire à une fistule vésico-vaginale rendue inaccessible par un rétrécissement du vagin; des parois antérieures et postérieures de cette cavité portaient deux saillies valvulaires allant à la rencontre l'une de l'autre et qu'il semblait bien facile de réunir pour oblitérer le vagin vers le milieu de sa hauteur. J'avivai d'abord la saillie postérieure avec le bistouri, lentement et en dédolant, quand tout à coup je vis apparaître quelque chose d'anormal; c'étaient deux appendices épiploïques. J'étais tombé dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Je remis les appendices en place, et j'appliquai trois points de suture. L'opération, qui naturellement en resta là, ne fut suivie d'aucun accident. J'avoue que cela m'a empêché depuis d'opérer trop haut ou trop en arrière dans un vagin où, par suite de lésions variables, les organes ne présentent plus leurs rapports normaux. »

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport de M. Giraldès. Ces conclusions sont adoptées.

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

Sur le POSTURAL traitement de la procidence du cordon ombilical.

Par **John Brunton**, chirurgien accoucheur à la *Royal Maternity Charity*, membre de la Société obstétricale de Londres, etc.

— SUITE —

Nous arrivons maintenant à la situation suivante : les membranes ayant été rompues, le cordon fait procidence, et la tête est convenablement engagée dans l'excavation pelvienne. Si l'orifice est complètement dilaté, la version est hors de cause ou, tout au moins, elle ne se tentera pas souvent. Que faut-il donc faire? Beaucoup d'auteurs,

dès les premiers temps, recommandent l'application du forceps pour obtenir une délivrance rapide. Bien des existences ont été sauvées par ce moyen, mais il faut prendre bien garde de ne pas saisir l'anse du cordon entre les branches du forceps. « Cette extraction doit être aussi rapide que le permet l'intérêt de la mère. »

Il est évident que, chez les primipares, la délivrance ne peut être effectuée avec une rapidité suffisante, sans grand danger pour les parties maternelles. Or, comme un grand nombre de cas de procidence du cordon ont lieu pendant le premier accouchement, la possibilité d'appliquer le forceps se trouve ainsi réduite pour la raison citée plus haut. Quelle peut être la proportion exacte des procidences du cordon chez les primipares ? Je ne suis pas en état de le préciser. Selon ma propre expérience, assez restreinte, dont les résultats seront relatés ensuite, j'ai trouvé pour les primipares deux cas de procidence sur cinq. Dans certains auteurs j'en ai rencontré trois sur douze.

Tout en admettant les avantages du forceps dans certaines conditions, nous pouvons nous demander si nous possédons quelque autre moyen meilleur de vaincre les difficultés provenant de cette procidence. Quand on est appelé pour assister une femme en travail, on n'emporte pas toujours avec soi un sac d'instruments, et si une procidence du cordon se produit, le temps qui s'écoulera, avant qu'on ait pu se procurer des instruments, peut être fatal à l'enfant ; mais il y a encore d'autres points que nous allons examiner.

III. La méthode de traitement suivante consiste à replacer le cordon dans l'intérieur de l'utérus ou, si ce résultat ne peut être obtenu, de mettre le cordon dans une situation telle qu'il soit comprimé aussi peu que possible.

(a) Ce procédé fut recommandé par le D^r Merriman. Le cordon doit être conduit dans le diamètre oblique du bassin opposé à celui qui est occupé par l'enfant. Cette manière de faire aurait donné quelques bons résultats chez des multipares, avec un bassin large et des parties molles très-dilatables. Néanmoins, il est évident, d'après les changements qui se produisent, pendant le cours du travail, dans la position de la tête, que le cordon, ainsi placé, peut pendant un certain temps être exempt de toute compression ; mais qu'il est également exposé à ce que le même risque se reproduise. Chez les primipares, de telles mesures n'ont que peu ou point d'utilité.

(b) Quelques auteurs recommandent de repousser le cordon en

haut, afin de l'accrocher au-dessus du mouton. « Sans doute, dit le D^r Tyler Smith, cela remplit le but, si le cordon veut bien conserver cette nouvelle situation. »

(c) Le D^r Ramsbotham conseille de porter l'anse prolabée du cordon au-dessus de la partie qui se présente et de la maintenir dans cette situation jusqu'à la prochaine douleur, dans l'espoir que la tête sera chassée un peu plus bas, tandis que le cordon sera maintenu au-dessus. Mais il fait la remarque que nous serons souvent désappointés par la réapparition de l'anse du cordon aussitôt que nous aurons retiré les doigts. Chacun de nous n'a-t-il pas été à même de vérifier la vérité de cette remarque ?

(d) Il est également recommandé de repousser l'anse du cordon et d'appliquer un morceau d'éponge ou de linge fin « qui agisse comme un support sur lequel le cordon puisse reposer. » Ce procédé donne encore aujourd'hui quelques bons résultats. Mais est-il sûr ? En aucune façon.

(e) Le D^r Mackenzie enfermait la partie prolabée du cordon dans une bourse de cuir et repoussait ensuite celui-ci jusque dans l'intérieur de l'utérus. Cette opération est assez difficile, et n'est plus que très-rarement essayée, si tant est qu'elle le soit.

(f) Le D^r Michaelis, de Kiel, a proposé une sonde en gomme élastique, comme celle que l'on emploie pour le cathétérisme de la vessie chez l'homme, et il s'en est servi. Il attachait à cette sonde, à l'aide d'une ligature, l'anse du cordon, et poussait la sonde et le cordon jusque dans l'utérus; retirant alors le mandrin, il maintenait la sonde dans cette situation pendant le travail, et comme cet appareil était mou, il ne pouvait produire aucun mal. Il a depuis abandonné ce procédé pour faire usage des doigts.

Parmi les autres procédés mécaniques, quelques-uns sont assez ingénieux, mais compliqués. Je mentionnerai seulement celui qui a été recommandé par le D^r Perkins, d'Exeter, en 1843.

(g) Il est décrit par le D^r Ramsbotham dans son traité de médecine et de chirurgie obstétricale.

Dans l'emploi de ces moyens mécaniques, le danger provient de la ligature; le cordon étant par lui-même très-glissant, on doit le comprimer un peu pour le retenir dans la bourse de Mackenzie pour l'attacher au cathéter de Michaelis, aussi bien que pour le fixer à la baleine de Perkins. Il y a également un autre danger dans ce dernier procédé; en effet, en retirant le ruban qui doit nécessairement être

mouillé, il en résulte une certaine somme de frottements qui rendent difficile le passage du ruban, et le cordon ombilical se trouve ainsi comprimé. Je crois qu'il serait bon de graisser le ruban avant de s'en servir, si quelqu'un avait jamais recours à cette méthode.

Le Dr Ramsbotham dit qu'il nous sera facile de nous procurer, sous l'impulsion du moment, un morceau de baleine « partout où il y a une femme. » Je pense qu'il avait en vue un morceau de baleine provenant du corset d'une servante; mais aujourd'hui que ces pièces sont en acier, dans les corsets, je suis effrayé de la difficulté qu'il y aurait à se procurer une baleine.

J'ai dit que nous n'avions pas toujours un forceps avec nous; il n'est pas plus probable que nous ayons toujours avec nous un instrument exprès pour la réduction du cordon ombilical, sachant que cet accident est si rare (1 fois sur 276 accouchements). N'avons-nous donc pas d'autre moyen efficace?

IV. J'ai fait allusion plus haut au résultat peu satisfaisant de la réduction simple du cordon avec la main. Cependant la main est le meilleur instrument, le plus à portée, et toujours efficace. J'espère donc montrer qu'aucun autre instrument n'est nécessaire pour accomplir avec succès la réduction du cordon prolabé.

S. Richard Croft conseille de remonter l'anse du cordon et de le fixer autour d'un membre du fœtus. Il a pu opérer ainsi dans quelques cas avec succès. La difficulté pour accomplir cette manœuvre, aussi bien que le danger que court la mère par suite de l'introduction de la main dans l'intérieur de l'utérus, diminue beaucoup la valeur de cette opération. En effet, la main étant introduite jusque dans la cavité utérine, on peut tout aussi bien terminer l'accouchement par une version.

Avant de commencer la description de la méthode qui, lorsqu'elle sera comprise, aura la priorité sur toutes les autres, je dois faire observer qu'il est tout à fait inutile d'opérer sur un cordon ombilical depuis longtemps prolabé, froid et sans pulsations. Il est alors préférable de laisser l'accouchement se terminer naturellement, si la présentation est normale. D'autres mesures, par conséquent, devront être prises, selon les circonstances.

Néanmoins, comme je l'ai mentionné plus haut, il y a des cas où il est bon de réduire le cordon, quoiqu'il soit, en apparence, privé de pulsations; si la procidence n'existe que depuis peu de temps et si les faibles battements du cœur fœtal peuvent être entendus par l'aus-

cultation à travers les parois abdominales, si la pression exercée sur le cordon peut alors être détournée, la circulation est rétablie, et l'enfant sauvé.

En réalité, malgré ce que j'ai dit plus haut, on peut poser en principe qu'il est de bonne pratique de réduire le cordon dans tous les cas, dans l'espoir de sauver l'enfant, mais à la condition qu'il n'y ait aucun danger pour la mère.

Il est très-intéressant, en examinant les différentes méthodes qui ont été proposées pour la réduction du cordon ombilical prolabé, de noter que, par intervalles, quelques tentatives ont été faites vers ce procédé que je vais maintenant exposer, et que je considère comme le meilleur, le plus exempt de danger et le plus certain dans ses résultats. La *POSTURALE* méthode.

En 1874, le professeur Alexandre Hamilton, d'Édimbourg, a dit : « La meilleure pratique, par conséquent, est d'agir avec la plus prompte opportunité, selon les circonstances du cas présent, de réduire le cordon, *en plaçant la femme dans une situation convenable*, afin que la main de l'opérateur puisse être portée haut *pendant l'absence des contractions* dans l'intérieur du bassin et le cordon entièrement réduit.

Malheureusement il ne dit pas quelle est, selon lui, la *situation convenable*, si bien que sa manière de voir et son mode de procéder restent pour nous dans l'obscurité.

Dernièrement les D^r Hardy et Mac Clintock se sont très-rapprochés de la véritable méthode *posturale*. Ils conseillent, pour entreprendre la réduction manuelle, de faire coucher la femme sur le côté opposé à celui par lequel le cordon fait procidence. C'est-à-dire que, si le cordon a glissé sur le côté droit du bassin, la femme devra être couchée sur le côté gauche, et *vice versa*. Par cette méthode, on donne au cordon, par rapport à la position occupée par la femme dans le lit, une inclinaison d'arrière en avant et de haut en bas, si bien qu'il peut de lui-même glisser dans la matrice et y rester.

Si le cordon a fait procidence en avant, il n'y a que peu ou point de chance qu'il soit retenu dans cette situation quand la mère est couchée sur le dos. Mais prenons la position contraire, supposons que le cordon ait glissé en arrière du bassin, il faut alors faire prendre à la femme une situation en sens inverse, s'appuyant sur les genoux et la tête très-basse reposant sur un coussin, « dans la posture des Orientaux en prière » et la difficulté sera aisément vaincue.

Il est quelque peu étonnant que l'on puisse approcher d'aussi près

le but désiré sans cependant l'atteindre. Enfin le Dr Thomas, de New-York, fit connaître son mémoire sur le *postural* traitement de la pro-cidence du cordon ombilical, et le but cherché se trouva ainsi obtenu (1858).

Le Dr Thomas fait ainsi l'exposé de cette opération et la manière dont on doit l'accomplir : « Dans le cours, dit-il, des leçons sur l'ob-stétrique, que j'ai faites au Collège médical de l'Université de cette ville, depuis deux ans déjà, j'ai fouillé avec soin ce sujet, et je suis arrivé aux conclusions suivantes : 1° que les causes de la persistance de cet accident (quelle qu'en soit la première cause) se réduisent d'el-les-mêmes à deux, à savoir que le cordon est glissant de sa nature, et que l'utérus offre un plan incliné sur lequel roule le cordon pour sortir de la cavité utérine : 2° que le seul mode de traitement rationnel doit être de renverser ce plan incliné, et ainsi de faire tourner à notre avan-tage non-seulement cette disposition du plan incliné, mais encore la lubricité du cordon qui ordinairement constitue le principal obstacle à notre réussite. On obtiendra promptement un tel résultat en plaçant *la femme sur les genoux avec la tête basse reposant sur le lit*, dans la situa-tion que prennent les peuples de l'Orient dans leurs prières, et à la-quelle on a souvent recours maintenant dans les opérations chirurgi-cales qui se pratiquent sur l'utérus et sur le vagin. Qu'il me soit permis de rappeler que l'axe de l'utérus est représenté par une ligne partant de l'ombilic ou un peu au-dessus de ce point, et arrivant sur le coccyx ; il est alors facile de voir qu'en plaçant la femme comme je viens de le dire, cet axe est complètement renversé » (1).

De cette façon, on tire avantage : a) de la nature glissante du cordon ombilical ; b) de l'action de la pesanteur ; c) de la manière toute spé-ciale dont le segment inférieur de l'utérus se contracte quand arrive une douleur. Ainsi la contraction commence par le col, et gagne gra-duellement en s'élevant, si bien que, lorsque le cordon a été remonté par la main au moment juste où une contraction se produit, l'action du col lui-même aspire, pour ainsi dire, de l'arrière, le cordon qui avait été prolabé, et par le resserrement qui est produit par cette con-traction, empêche le cordon de glisser de nouveau entre la partie que l'enfant présente et les parois du bassin.

Avant de citer des observations de cas traités par la « *postura le me*

(1) Transactions de l'Académie de médecine de New-York, vol. II, part. 2, page 21.

thode », je dois ajouter que dans quelques cas où cette position sur les genoux et sur les coudes ne peut être employée, on doit lui substituer le procédé des D^r Hardy et M. Clintock. On tirera avantage de leur suggestion qui consiste à placer la mère sur la côté opposé à celui par lequel le cordon a glissé. Nous pouvons élever encore plus le bassin de la mère, en disposant au-dessous des coussins, et en abaissant la tête et les épaules. Il est bien évident que, si l'on a affaire à une femme obèse, trapue, d'apparence apoplectique, le « postural traitement » peut exposer à quelques dangers.

J'ajoute maintenant quelques observations.

Obs. I. — Le 12 juillet 1868, à onze heures et demie du soir, je fus appelé pour assister M^{me} K... dans son quatrième accouchement. Le travail s'était déclaré lentement vers midi et avait acquis graduellement de l'énergie. A mon arrivée, les contractions étaient très-fortes; le sommet se présentait; et le liquide amniotique ne s'était pas écoulé. Après un quart d'heure, un enfant du sexe masculin naquit spontanément, et le cordon fut coupé selon la manière ordinaire. Ayant remarqué que le ventre de la mère restait volumineux et qu'il ne s'était pas écoulé de liquide amniotique avec l'enfant, je soupçonnai une grossesse gémellaire, et ayant pratiqué le toucher, je trouvai un second enfant présentant la tête et des membranes entières. L'orifice utérin étant complètement dilaté, je rompis les membranes, et aussitôt le liquide amniotique s'écoula abondamment. Par le toucher, je trouvai alors qu'une anse du second cordon ombilical faisait procidence. Comme il était nécessairement fortement comprimé pendant chaque douleur, je résolus de tenter la réduction du cordon par la « *posturale méthode* ». Ayant fait mettre la femme sur les genoux, le visage appuyé sur un coussin, je glissai ma main dans le vagin, et repoussai en haut le cordon prolabé, et je restai dans cette situation jusqu'à ce que l'utérus se contractât. J'eus alors la satisfaction de voir que le cordon ne retombait plus, et, en quelques minutes, un enfant vivant du sexe féminin fut expulsé. Je dois ajouter que j'avais fait une ou deux fois la rétropulsion du cordon avant de m'adresser à la *posturale méthode*, mais il glissait de nouveau à chaque contraction.

Obs. II. — Le 26 octobre 1869, je fus appelé pour assister M^{me} H..., âgée de 27 ans, primipare. Elle avait souffert déjà pendant dix heures. Les contractions étaient énergiques, et les intervalles qui les séparaient n'étaient que de quelques minutes. En touchant, je trouvai l'orifice utérin dilaté et présentant l'étendue d'une pièce d'une couronne; la tête se présentait, la poche des eaux faisait saillie dans le vagin, et dans cette poche on sentait une anse du cordon. Ne sentant aucune pulsation dans ce cordon, je pensai qu'il était convenable, tout d'abord, de faire la réduction, dans l'espoir de sauver la vie de l'enfant. Ayant fait mettre la femme appuyée sur les genoux et sur les coudes, j'introduisis, avec quelques difficultés, en partie ma main gauche dans le vagin, je rompis les membranes, et, au moment même où une

contraction se produisit, je repoussai en haut l'anse prolabée (elle avait environ 6 pouces de longueur) sur le côté de la tête, et comme l'utérus se contractait et que la tête était chassée en bas, le cordon s'échappa hors de mon atteinte et ne fit plus de nouveau procidence. Je ne maintins pas la mère deux minutes sur ses genoux. Le travail avait une forme lente, et l'entrée du bassin étant étroite, la délivrance fut faite quelques heures après à l'aide du forceps. L'enfant était mort. Il y avait une maladie du placenta très-étendue (dégénérescence fibreuse et calcaire). La mère me dit qu'elle ne sentait plus l'enfant depuis quelques jours. La femme se rétablit parfaitement.

Obs. III. — Le 19 décembre 1869, je fus appelé pour donner mes soins à M^{me} F..., âgée de 23 ans, primipare. Quand j'arrivai, je trouvai des contractions énergiques, le sommet se présentant au-dessus du détroit supérieur, avec une anse de cordon prolabée. Les eaux s'étaient écoulées depuis une demi-heure. L'orifice utérin avait à peu près l'étendue d'une pièce de cinq schellings. L'anse du cordon prolabée était dans le vagin, et l'on pouvait sentir les pulsations. J'employai la *posturale méthode*, je réduisis le cordon dans l'intervalle de deux douleurs, et je maintins la femme dans cette position jusqu'à ce que deux contractions se fussent produites après la réduction, puis je lui permis de prendre la situation habituelle pour l'accouchement. Le travail se termina naturellement trois heures après. La rétropulsion du du cordon n'avait pas demandé plus de dix minutes; l'enfant, une fille, naquit en son temps fort et bien vivant.

Obs. IV. — 12 janvier 1870. M^{me} E...; second enfant; détroit supérieur du bassin rétréci; le liquide amniotique écoulé depuis quelques temps; orifice utérin bien dilaté; tête au-dessus du détroit abdominal; présentation du sommet; anse considérable du cordon prolabée dans le vagin; absence de pulsations, mais pas refroidi; la *posturale méthode* est appliquée comme précédemment; pas de nouveau prolapsus; l'enfant naît douze heures après, mort; c'était un garçon.

Remarques. — Dans ce cas, je résolus de tenter une chance en faveur de l'enfant, quoique le cordon fût sans pulsations. A son accouchement précédent il avait fallu employer le long forceps.

Obs. V. — 1^{er} novembre 1870. M^{me} H...; cinquième enfant; travail régulier; le liquide amniotique s'écoule juste au moment où j'entre dans la maison. Présentation du sommet au-dessus du détroit supérieur; longue anse du cordon prolabée dans le vagin; pulsations dans ce cordon; *posturale méthode*. J'éprouvai quelques difficultés pour réduire une anse aussi étendue; mais, en écartant les doigts et en rassemblant les différentes parties du cordon dispersées tout autour de la tête, je repoussai en haut la tige ombilicale, juste au moment où une contraction utérine se produisit. Je maintins mes doigts dans l'orifice jusqu'à ce que la contraction eût cessé, et je trouvai alors que le cordon était remonté en arrière. Il ne se produisit pas d'autre procidence. La femme, après cinq minutes, reprit la situation habituelle

pour l'accouchement. Au bout d'une demi-heure, l'accouchement se termina naturellement, en donnant naissance à une fille vivante.

Remarque. — Dans ce cas, je pense que la rétention du cordon dans l'utérus fut favorisée par l'irritation que déterminèrent mes doigts placés dans le col utérin.

Obs. VI, VII, VIII, IX, X. — Ces observations sont dues à mon ami le D^r Wilson, professeur d'obstétrique à l'Université d'Anderson, à Glasgow, ainsi qu'au *Glasgow medical Journal*.

Obs. VI. — Juillet 1864, M^{me} X., âgée de 33 ans, multipare. Le travail avait commencé trois heures avant ma visite. Par le toucher, je trouvais le col dilaté comme une pièce d'un florin; il était en outre un peu relâché et dilatable. La tête qui se présentait pouvait être sentie à travers les membranes intactes. Environ une heure après mon arrivée le liquide amniotique s'écoula. Ayant pratiqué alors un second examen par le vagin, je reconnus qu'une anse du cordon ombilical avait glissé sur le côté de la tête. On sentait de vigoureuses pulsations dans les vaisseaux de ce cordon. J'entrepris d'abord de repousser le cordon avec mes doigts, et j'arrivai sans trop de difficulté à la tête qui se présentait, et le plaçai au delà du point où il aurait été comprimé; mais à peine quelques minutes s'étaient-elles écoulées que le cordon était retombé dans le vagin. Deux autres nouvelles tentatives de réduction furent faites, mais avec un même résultat. N'ayant pas d'instruments sous la main, et ne voulant pas exposer la femme aux dangers qui accompagnent la version podalique, je résolus sur-le-champ d'éprouver les mérites du « postural » traitement. La patiente ayant été mise sur les genoux et sur les coudes, pendant l'intervalle d'une contraction, je conduisis avec de grandes précautions l'anse de cordon déplacée en bas, à travers le col de l'utérus, quand il glissa en dépassant la tête qui se présentait et rentra dans la cavité de la matrice. Je fis alors quelques frictions sur l'abdomen et donnai du seigle ergolé dans le désir d'augmenter les efforts de l'utérus. La patiente fut maintenue dans la position que j'ai indiquée plus haut pendant une demi-heure environ, et à l'expiration de ce temps, la tête s'étant engagée franchement dans le bassin, il lui fut permis de reprendre la position en usage pour accoucher. Il ne se produisit heureusement aucune nouvelle procidence, et trois quarts d'heure après elle mit au monde un enfant vivant et vigoureux.

Obs. VII. — Juin 1865. La femme qui fait l'objet de cette observation est M..., âgée de 29 ans, et multipare. Elle était en travail depuis plus de deux heures avant mon arrivée. Par le toucher, on trouvait le col utérin situé plus haut que de coutume et présentant à peu près comme dilatation l'étendue d'une pièce d'une demi-couronne. On sentait que la tête se présentait et sur le côté de cette partie on trouvait une anse de cordon ombilical d'environ quatre pouces de longueur, qui était en procidence; on sentait distinctement les pulsations dans ce cordon. Le liquide amniotique s'était

échappé juste au moment où j'entrais dans la maison. Je tentai à plusieurs reprises, avec mes doigts, de réduire le cordon, mais il n'était pas plutôt replacé dans l'utérus qu'il était repoussé de nouveau à chaque retour d'une contraction. J'eus alors recours au *postural* traitement. La patiente ayant été placée sur les coudes et sur les genoux, je repoussai doucement le cordon à travers le col utérin, pendant l'absence des contractions. Il me sembla alors que ce cordon glissait tout d'un coup, dépassant la tête qui se présentait, et rentrant dans la cavité utérine, en s'éloignant complètement de l'atteinte des doigts. De l'ergot de seigle et des frictions sur l'abdomen furent alors employés pour stimuler l'utérus et augmenter ses efforts. Aussitôt que la tête vint occuper la cavité pelvienne, ce qui eut lieu après vingt minutes, la femme, comme dans le cas précédent, eut la permission de se placer sur le côté gauche. Le travail se termina un peu plus d'une heure après sans aucune nouvelle chute du cordon ombilical. L'enfant naquit vivant et bien portant.

Obs. VIII. — M^{me} C..., pluripare; cinquième enfant; 27 décembre 1866; en travail sept heures; membranes rompues; anse du cordon prolabée et pendant à l'extérieur; *posturale methode*; enfant vivant; la mère reste sur les mains et sur les genoux pendant une heure et demie.

Obs. IX. — Extrait du rapport trimestriel de « *Glasgow maternity hospital* » du 15 mars au 15 juin 1869. « Il s'agit d'un cas de procidence du cordon ombilical, dans lequel la *posturale methode* fut employée avec succès. »

Obs. X. — Extrait du même rapport du 15 mai au 15 août 1870. « Procidences du cordon survenues dans trois cas. Deux s'adressaient à des femmes accouchant hors de l'hôpital. Quand le médecin arriva, il trouva dans les deux cas le cordon prolabé, faisant issue à l'extérieur, froid et sans pulsations; on laissa alors le travail se poursuivre sans intervention.

« L'autre cas arriva à l'hôpital; la procidence fut reconnue, dès le début, et traitée avec succès par la *posturale methode*. »

Telle est la *Posturale methode*, et les observations que je viens de citer prouvent les succès que l'on obtient de son application. Les cinq cas détaillés qui proviennent de ma propre clientèle sont les seuls cas de procidence que j'aie observés depuis un an ou deux. L'expérience que j'ai de ce procédé n'est donc pas très-grande, mais la facilité avec laquelle j'ai pu réduire le cordon, sa très-heureuse rétentio ensuite dans la matrice et l'absence complète de dangers pour la mère et pour l'enfant que présente cette opération, me font vous recommander ce mode de traitement.

Cette méthode, du reste, s'accorde bien avec le sens commun; elle est simple et l'instrument dont on se sert, la main, est toujours prêt: on pourrait l'appeler la « méthode qui est toujours à portée. »

Dans les observations du Dr Wilson, vous pouvez voir que la

femme est restée un assez long temps dans cette position, sur les genoux et sur les coudes ; dans mes observations, le plus long espace de temps qu'elle y soit restée a été de dix minutes. Et je pense qu'il est tout à fait suffisant, après la réduction du cordon, si l'utérus se contracte bien, de laisser la femme dans cette situation jusqu'à ce qu'une ou deux contractions soient arrivées. Dans la dernière opération que j'ai pratiquée, j'ai pu sentir que le cordon glissait en haut et s'éloignait hors de toute atteinte au moment où l'utérus se contractait, et je pense que l'irritation produite sur l'orifice utérin par les doigts qui pénétrèrent par cette ouverture, rend un grand service en provoquant la contraction du segment inférieur de l'utérus et empêchant par cela même une reproduction de prolapsus.

Je n'ai que peu d'expérience sur les cas où le cordon faisait procidence avec les bras ou les pieds. Je n'en connais en tout que deux exemples. Dans l'un, il y eut une présentation de la tête avec un bras et le cordon ; mais le bassin était très-rétréci au détroit supérieur ; on dut perforer le crâne. Je n'eus donc pas la peine de réduire le cordon, qui était du reste privé de pulsations. Le second cas était une présentation des pieds avec un cordon dont les pulsations se sentaient très-bien ; le bassin était large et les parties molles relâchées et dilatables. La délivrance fut aisément et rapidement accomplie par l'extraction de l'enfant, qui fut sauvé. En pareil cas, la compression au début est très-faible et on n'obtiendrait aucun bien (si tant est qu'il y en ait un), en faisant une précoce réduction qui serait très-vraisemblablement balancée par le danger auquel est ensuite exposé le cordon au moment du passage des épaules et de la tête.

Dans les dix cas que j'ai reproduits, dans tous la réduction fut faite avec succès. Dans huit l'enfant naquit vivant. Des deux cas dont les enfants vinrent morts, je pense pouvoir sans crainte les mettre tous les deux de côté ; pour l'un, le cordon était sans pulsations dès avant la réduction, et le travail fut long et pénible ; dans l'autre, il y avait une maladie du placenta qui, jointe aux difficultés de l'accouchement, suffit pour rendre compte de la mort du fœtus.

Ainsi, autant que mon expérience peut le faire voir, la mortalité est nulle par la *posturale méthode*, et je ne doute pas que si cette méthode était généralement adoptée, nous pourrions faire connaître des résultats qui émerveilleraient ceux qui sont habitués aux autres modes de traitement.

Je désire encore ajouter quelques mots : il est très-probable que

cette position sur les genoux et les coudes peut rendre de grands services dans les cas où la pression de l'utérus sur les reins ou les vaisseaux rénaux a produit l'empoisonnement urémique, l'albuminurie et les convulsions. En amoindrissant la pression, les convulsions peuvent être évitées ou, si elles existent, suspendues. Je n'ai eu, jusqu'à présent, aucune occasion d'employer ce traitement, mais je l'indique simplement comme une suggestion de l'esprit.

REVUE CLINIQUE.

Eclampsie chez une femme de 19 ans, primipare, enceinte de sept mois environ. 16 accès. Traitement par les saignées. Guérison.

X..., âgée de 24 ans, couturière, est entrée au service d'accouchements de la Clinique, le 21 avril à 8 heures du matin. Cette femme est primipare, enceinte de sept mois environ ; n'a pas eu d'accidents dans le cours de sa grossesse, sauf quelques nausées et vomissements. Avant son entrée à la salle d'accouchements elle avait eu quinze attaques compliquées, dont la première à 1 heure du matin, et la dernière pendant qu'on l'amenait à l'hôpital sur un brancard. Nous la trouvons le matin dans le coma le plus complet, ses jambes sont profondément infiltrées, l'acide nitrique et la chaleur nous démontrent la présence de l'albumine dans l'urine.

M. Depaul prescrit une saignée de 500 grammes qui est faite à 9 heures du matin. La température avant la saignée était 39°2, le pouls s'élevait à 132. Après la saignée la température était 39°, pouls 148. A partir de ce moment les phénomènes se déroulaient dans l'ordre suivant :

Première attaque à 9 heures 10 minutes.

Deuxième attaque à 9 heures 45 minutes.

A 10 heures les bruits du cœur fœtal sont parfaitement distincts et réguliers, le col qui à 9 heures était effacé, se trouve entr'ouvert, les membranes ne s'étaient pas encore rompues, on les sentait bomber au moment d'une douleur et pourtant cette femme prétendait avoir perdu une assez grande quantité d'eau peu avant son entrée à l'hôpital.

A 10 h. 10, la dilatation était égale au diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

A 10 h. 30, elle eut une 3^e attaque.

A 10 h. 45, la dilatation se trouve être complète, les membranes se rompent.

A 10 h. 45, l'accouchement se termine en présentation du siège. L'enfant du sexe féminin naquit mort, il pesait 1470 grammes. La délivrance fut naturelle.

A 11 h. 55, 4^e attaque. T. 39°,6, pouls 136.

A 12 h. 30, 5^e attaque. T. 39°,8.

A 2 h. 30, 6^e attaque. T. 38°,3.

A 4 h. 45, 7^e attaque. T. 38°,4.

Pendant tout ce temps la malade se trouvait dans un coma continu, interrompu de temps en temps seulement par les attaques.

Le lendemain matin, 22 avril, nous apprîmes qu'elle n'avait plus eu d'attaques, la malade était un peu réveillée, elle répondait par monosyllabes aux questions qu'on lui posait, se plaignait surtout de céphalalgie. T. 37°,2. Pouls 80.

Le soir, t. 37°,6. Pouls 92.

23 avril, matin, t. 40°,2. Pouls 120. Soir, t. 38°,8. Pouls 96.

Les jours suivants, tout se passe bien, et la malade au bout de dix jours sort le 4 mai complètement guérie.

PINARD.

Eclampsie chez une femme de 24 ans, primipare, enceinte de sept mois environ. 21 accès, traitement par les saignées Guérison.

Le 19 avril 1875, à six heures du soir, la nommée D... Marthe fut apportée à la Clinique.

Cette femme, âgée 19 ans, primipare, était au septième mois de sa grossesse, laquelle n'avait présenté jusqu'alors ni accidents, ni complications.

Depuis quinze jours seulement les membres inférieurs sont très-légèrement infiltrés. Dans la nuit du 18 au 19, elle éprouva quelques troubles de la vision et une céphalalgie frontale intense.

Le 19 à huit heures du matin, premier accès éclamptique bien caractérisé. Jusqu'à six heures du soir, on en compta neuf, nous dit son mari.

Une médecin appelé avait ordonné une potion calmante qui ne put être avalée. Un quart d'heure environ après son entrée, elle eut un nouvel accès, le onzième; on pratiqua alors une saignée de 600 grammes.

Jusqu'à minuit il n'y eut pas d'accès convulsif, mais l'agitation était telle, qu'on ne put pratiquer l'auscultation du cœur fœtal. Vers minuit, nouvel accès le douzième.

A deux heures du matin, expulsion d'un fœtus mort-né, pesant 2,020 gr. et se présentant par le sommet.

Délivrance naturelle, vingt minutes après.

Treizième accès après l'expulsion du fœtus.

Quatorzième accès à quatre heures vingt.

Quinzième accès à cinq heures quarante.

A six heures du matin, nouvelle saignée de 300 grammes. Seizième et dernier accès à six heures quarante.

Le 20 dans la journée, sommeil. Le soir la malade s'éveille, mais n'a pas recouvré ses facultés intellectuelles. Elle ne sait pas où elle est ni où elle demeure.

Le 21, l'intelligence reparait, mais la mémoire manque.

Le soir, congestion pulmonaire intense.

Le 22, mieux sensible. — Etat général bon. — La mémoire revient.

Le 3 mai, la malade quitte l'hôpital à peu près complètement rétablie.

PINARD.

Adhérence anormale du placenta ; par MM. les docteurs Paul FOURNAISE
et d'HEURLE.

Les faits de rétention du placenta par suite d'adhérence anormale de cet organe avec l'utérus sont relativement rares et partant peu connus. Les auteurs n'en parlent guère que pour mémoire ; toutefois, un de nos confrères a essayé de présenter l'histoire succincte des causes de cette anomalie, dans une thèse soutenue à la Faculté de Paris en décembre dernier (Libert, *Essai sur les causes de l'adhérence du placenta.*)

Les opinions les plus diverses ont été émises touchant ces causes ; les unes sont purement hypothétiques, les autres rationnelles. Parmi ces dernières, deux surtout ont de la valeur : 1^o celle de Joulin, qui attribue l'adhérence anormale du placenta à une exagération de l'état physiologique ; 2^o celle de M. Guéniot, qui compare fort ingénieusement le placenta à la feuille caduque d'une plante, laquelle, par une aberration de la nature, deviendrait persistante.

D'illustres maîtres : les Depaul, les Pajot, insistent dans leurs leçons sur l'extrême gravité que présentent les adhérences anormales du placenta.

En octobre dernier, M. le Dr Guéniot a fait sur cet intéressant sujet plusieurs leçons remarquables, à la suite d'un fait malheureux observé à l'hôpital des Cliniques (voyez la *Gazette des hôpitaux* des 29 octobre et 8 novembre 1874 (1)). Un de nos confrères, le Dr Yves, a récemment publié dans la *Gazette des hôpitaux* un cas d'adhérence placentaire. Les faits de ce genre pouvant être heureusement considérés comme exceptionnels dans la pratique des accouchements, nous avons pensé qu'il n'était pas indifférent de publier l'observation suivante, qui nous est personnelle.

OBSERVATION. — La dame T..., âgée de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, a eu un premier enfant il y a deux ans. Ce premier accouchement s'est normalement effectué à terme. Pendant la dernière grossesse, cette dame a éprouvé de fréquentes douleurs à l'hypogastre, ainsi qu'une sensa-

(1) Voir *Archives de Tocologie*, décembre 1874, janvier et février 1875.

tion de barre, plus accusée dans la fosse iliaque droite. Deux métrorrhagies légères se sont montrées en mai et en juin, c'est-à-dire aux deuxième et troisième mois de la gestation.

Les premières douleurs se sont fait ressentir à onze heures du soir. Le travail a marché régulièrement jusqu'au lendemain à neuf heures du matin, époque à laquelle l'accouchement a été terminé. La présentation était celle du sommet ; la position, occipito-iliaque gauche antérieure.

La sage-femme qui assistait la dame T..., s'étant aperçue d'un commencement d'hémorrhagie, voulut avec raison se hâter d'opérer la délivrance. Après quelques tractions répétées, elle s'aperçut d'une résistance insolite et administra en deux fois à la patiente 1 gr. 20 environ d'ergot de seigle, dans le but de combattre l'hémorrhagie commençante. Elle pratiqua le toucher et put constater que le placenta n'était pas engagé dans le col de l'utérus, quoique celui-ci fût un peu revenu sur lui-même. Pensant que le délivre pouvait être retenu par des adhérences, elle me fit immédiatement appeler, en même temps que notre honoré confrère, M. le Dr d'Heurle.

Arrivé le premier près de la dame T..., j'eus bien vite reconnu l'adhérence anormale du placenta, et ne tentai pas moins quelques tractions modérées sur le cordon. N'obtenant pas de résultat, je jugeai prudent et opportun d'attendre, d'autant plus que l'hémorrhagie, qui avait commencé après l'accouchement, s'est promptement arrêtée d'elle-même. L'ergot de seigle n'avait eu aucune action, puisqu'il avait été rejeté à la suite de deux vomissements un quart d'heure après son ingestion.

Vers sept heures du soir, je vis la dame T..., de concert avec M. d'Heurle. Elle avait éprouvé à diverses reprises quelques faibles contractions utérines. L'utérus était légèrement rétracté et une portion du placenta, de la grosseur d'un œuf de pigeon, se trouvait engagée dans le col utérin entr'ouvert. Je recommençai sans succès quelques tractions modérées sur le cordon. En présence d'une telle résistance, après nous être assurés l'un et l'autre qu'il n'y avait ni tétanisation de l'utérus, ni enclavement du placenta, nous résolûmes d'attendre jusqu'au lendemain matin.

Le 15 janvier, nuit assez bonne ; sommeil léger pendant plusieurs heures ; légères contractions utérines de temps à autre ; pouls à 104 ; douleur assez vive à la pression dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre, presque nulle à gauche. Une portion du placenta, de la grosseur d'une petite orange, est engagée dans le col toujours entr'ouvert. Quelques nouvelles tractions, faites avec tout le soin et toute l'attention possibles, ne donnent pas de résultat. Pour les mêmes raisons que la veille, nous jugeons, mon confrère et moi, qu'il convient d'attendre, malgré un commencement de fétidité des lochies.

A sept heures du soir, le même jour, nous nous retrouvons près de la dame T... De légères contractions utérines se sont encore montrées dans la journée, l'écoulement des lochies a été plus abondant, celles-ci sont d'une fétidité extrême. Je pratique avec précaution le toucher, qui est accompagné de vives douleurs à cause de l'état d'éréthisme de toutes les parties

génitales externes, et je puis constater un engagement plus manifeste. Cet organe est déjà dans un état de décomposition avancée, comme l'indiquent un certain ramollissement et l'odeur infecte des lochies. Le poulx est à 112, faible et misérable; le ventre, un peu tendu et ballonné, est toujours douloureux dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre. Craignant avec quelque raison un commencement d'infection putride, nous pensâmes d'un commun accord, mon confrère et moi, qu'il convenait d'opérer la délivrance au plus tôt. Je portai alors la main droite le plus près possible du col utérin, de façon à embrasser la portion du placenta présente à l'orifice; agissant en même temps sur le cordon avec la main gauche, je pus ramener la plus grande partie des cotylédons placentaires. Une résistance des plus manifestes se faisait toujours remarquer, particulièrement vers les parois antérieure et latérale droite de l'utérus. Après avoir dégagé par des tractions bilatérales la plus grande partie de l'organe, les quatre cinquièmes environ, au milieu desquels se trouvait l'insertion du cordon ombilical, je m'aperçus que les membranes offraient à leur tour une très-vive résistance, surtout dans les points déjà indiqués. Tordues plusieurs fois sur elle-mêmes, celles-ci se trouvèrent réduites à un cordon de la grosseur d'un gros crayon; il me fut néanmoins tout à fait impossible de les obtenir avec le reste du délivre.

Devis-je introduire la main dans la cavité utérine, afin d'en extraire les vestiges du placenta? Je pensai, et mon confrère fut entièrement de cet avis, qu'il valait mieux confier ce soin à la nature.

Dans toutes ces manœuvres, je pris toujours soin d'agir avec autant de patience que de modération, n'oubliant pas qu'un effort inconsidéré ou violent pouvait amener la déchirure du tissu utérin, le renversement de la matrice ou une foudroyante hémorrhagie. Au moment des tractions mêmes les plus douces, on pouvait sentir à travers la paroi abdominale, un abaissement manifeste de l'utérus. Prescription : Bouillon, lait coupé, vin généreux.

— Julep simple..... 120 grammes.
Sulfate de quinine..... 1 —

F. s. a. Potion à prendre par cuillerées d'heure en heure.

Trois fois par jour, nous faisons faire des injections vaginales avec une décoction de plantes aromatiques (thym, romarin et sauge), additionnée d'une petite quantité d'eau-de-vie de lavande. Les parties génitales externes sont tenues dans un état de propreté extrême. Les draps et alèzes sont renouvelés de deux en deux heures. Poulx à 112.

A onze heures du soir, poulx à 116, petit, dépressible. La dame T... est très-déprimée. Elle éprouve quelquefois des lipothymies. Très-affaiblie et anémiée, elle ne peut lever la tête au-dessus de l'oreiller sans éprouver des vertiges. L'abdomen est toujours un peu tendu, ballonné, douloureux à la pression.

Le 16, à dix heures du matin, poulx à 108. L'écoulement des lochies se fait bien; celles-ci, peu abondantes, exhalent une odeur fétide. La dame T... a uriné sans douleur; elle a dormi pendant trois heures consécutives. Pas d'agitation.

Soir. — Même état. Quelques légères tractions sur le cordon membraneux, resté pendant à la vulve, ne sont pas suivies de succès.

Le 17, poulx à 108. Vers le milieu de la nuit, à la suite d'une injection, la sage-femme a pu extraire le cordon membraneux avec une petite portion de cotylédons à l'aide d'une faible traction. Le fond de l'utérus est à 3 centimètres environ au-dessous de l'ombilic. Léger ballonnement du ventre et constipation. Nous prescrivons un purgatif léger composé comme suit :

— Huile de ricin.....	} à 20 grammes.
Sirop de limons.....	

Soir. — Malgré quelques selles obtenues dans le courant de l'après-midi, le ballonnement et la douleur persistent. Nous faisons appliquer un large cataplasme sur le ventre et administrer un lavement simple.

Le 18, poulx à 108. La nuit a été un peu moins bonne que la précédente. Légère agitation ; céphalée accompagnée d'insomnie. Nous faisons cesser la potion quinquie et administrer deux verres de macération de quinquina dans le courant de la journée.

Soir. — Même état.

Le 19, poulx à 112. Un caillot assez volumineux et un fragment de cotylédons sont expulsés à la suite d'une injection.

Midi. — La dame T... est prise de céphalée. Il y a un peu d'hébétéude de la face. Le poulx est à 120, misérable et dépressible.

Après l'injection du matin, il y a eu un écoulement de lochies sanglantes assez abondant, d'un noir sale et répandant une odeur très-fétide. Je pratique le toucher et trouve le col utérin fermé ; il ne présente rien de particulier à noter.

Le 20, poulx à 108. A la suite de l'injection de la nuit, la dame T... a expulsé un petit débris de membrane. Faiblesse générale persistante.

Le 21, poulx à 104. Constipation rebelle et météorisme. Nous prescrivons un lavement avec : miel de mercuriale, 30 grammes. Dans l'après-midi, la malade est prise en même temps de coliques et de contractions utérines. Pas de selles, pas d'augmentation dans la quantité des lochies.

Le 22, la nuit a été meilleure que la précédente. L'injection du matin a encore amené un débris de cotylédons de la grosseur du petit doigt, ce qui porte à quatre le nombre des fragments obtenus dans l'espace de cinq jours. Les lochies diminuent de quantité et deviennent purulentes, leur fécondité semble s'amoinrir un peu.

Le 23, poulx à 104. L'utérus est maintenant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et ne présente plus que quelques points douloureux. L'appétit commence à revenir.

Le 24, poulx à 96. L'expression générale du facies est meilleure et plus franche.

Le 25 et le 26, *ut supra*.

Le 27, poulx à 92. Nous prescrivons une alimentation fortement réparatrice.

Le 28 et le 29, poulx à 76. La malade peut s'asseoir pendant quelque

temps sur son lit; elle n'éprouve ni malaise ni fatigue. L'utérus, bien rétracté, ne présente plus de points douloureux. L'écoulement des lochies est presque nul. Toute chance de toxémie nous paraît maintenant improbable.

Le 3 février, l'écoulement des lochies a complètement cessé. La patiente commence à recouvrer ses forces. L'appétit est revenu, la fièvre est nulle.

Le 7, la dame T... a pu rester levée pendant une demi-heure. Les fonctions reprennent leur cours en même temps que les forces augmentent. Tout danger nous paraît avoir complètement disparu.

RÉFLEXIONS. — En présence de la résistance excessive que nous venions de rencontrer, l'introduction de la main dans l'utérus nous parut dangereuse, car il pouvait se faire que la fusion des deux tissus rendit le décollement des membranes tout à fait impossible. Nous avions d'ailleurs en mémoire les faits désastreux exposés par M. Guéniot à la Clinique d'accouchements.

En terminant sa leçon, le professeur s'est exprimé en ces termes : « Quand une heure ou une heure et demie après l'accouchement le placenta n'aura pu être extrait, il faudra s'empressez d'introduire la main dans l'utérus, afin de rompre les adhérences et décoller les membranes. »

Sans vouloir nous élever contre l'enseignement d'un maître dont l'autorité en cette matière est incontestable, nous estimons cependant que ce précepte est trop absolu et qu'il n'a sa raison d'être que dans les cas où une abondante hémorrhagie menace la femme d'une mort prochaine. Nous préférierions de beaucoup à cette pratique l'un ou l'autre des moyens préconisés dans la *Gazette des hôpitaux* par le Dr Liégard, de Caen (voyez les n°s des 23 février et 9 mars 1875). Les injections d'eau froide dans la veine ombilicale et les substances abortives ne sont pas des nouveautés thérapeutiques, tant s'en faut; toutefois, elles peuvent rendre des services quand les adhérences sont simplement cotylédonnaires.

Dans le cas que nous venons de rapporter, nous pensons avoir prudemment agi en ne portant pas la main dans l'utérus, en vue d'y détruire des adhérences qui n'eussent pas cédé, croyons-nous, même aux efforts les plus intelligents et les plus modérés, sans amener la déchirure du tissu utérin ou une métrite interne.

On a pu voir par ce qui précède que l'adhérence était incomplète; l'hémorrhagie qui se manifesta peu après l'accouchement et la présence dans le col d'une petite masse cotylédonnaire en fournissent d'ailleurs la preuve.

En ce qui touche le manuel opératoire, rien d'absolu ne nous paraît pouvoir être formulé pour ces cas, heureusement très-rares, où le médecin doit avant tout faire appel à son tact et à son jugement, appuyés sur des connaissances positives et sur des faits acquis à la science. Sa conduite, suivant nous, doit être basée sur l'ensemble des indications fournies par la situation elle-même. Toutefois, en nous appuyant sur deux des faits cités par M. Guéniot, sur celui de M. Yves et sur le nôtre en particulier, nous pensons que la proposition formulée plus haut peut être modifiée de la façon suivante : Quand, une heure ou une heure et demie après l'accouchement, le placenta n'aura pu être extrait et que *l'existence de la femme sera comprise par une hémorrhagie*, il faudra se hâter d'introduire la main dans l'utérus, afin de décoller les membranes et d'extraire le délivre. (*Gaz. Hebd.*)

Placentite, par le Dr GILS, aide-major au 1^{er} bataillon d'Afrique.

OBSERVATION. — Le 22 février 1875, je fus mandé auprès de madame X... pour lui donner mes soins dans les derniers jours de la grossesse. Agée de 23 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, elle a toujours joui d'une bonne santé et, sauf une constipation opiniâtre et une anémie assez prononcée due à sa vie sédentaire pendant qu'elle était demoiselle, ses fonctions de nutrition s'accomplissaient régulièrement. Mariée depuis quatorze mois, elle a depuis pris un peu d'embonpoint et la grossesse semble avoir exercé une influence heureuse sur sa constitution.

Quatre-vingt-dix jours après son mariage, elle a fait une fausse couche de deux mois, bien constatée par un médecin, et comme accident consécutif une constipation excessive amenait une obstruction assez grave pour la retenir au lit pendant une vingtaine de jours. Trois mois après, une grossesse se déclare, mais avec des signes assez peu accentués pour que le médecin de la famille ne puisse affirmer le diagnostic qu'à la fin du cinquième mois. D'ailleurs l'époque de l'imprégnation était assez difficile à indiquer, même d'une façon approximative, les règles étant devenues très-parcimonieuses dès les premiers jours de mai et s'étant brusquement arrêtées le 10 juillet 1874 à la suite d'une vive impression morale.

La grossesse a été heureuse et les phénomènes sympathiques, d'ailleurs peu marqués, ont été bien supportés. Madame X... compte au nombre des ennuis les plus pénibles des douleurs de reins très-fréquentes. Le 26 janvier dernier, à la suite d'une frayeur, une hémorrhagie assez forte s'est déclarée, avec des contractions qui ont fait craindre un avortement. Mais sous l'influence du repos et d'un traitement convenablement dirigé, tout rentrait si bien dans l'ordre que madame X... pouvait, au bout de quelques jours, venir de Paris en Algérie sans aucun accident. Je la vois dix-huit jours après son arrivée. Elle est très-inquiète; elle ne sent plus depuis deux jours les mouvements de l'enfant, qui auparavant étaient très-marqués; en

même temps, les douleurs de reins et les nausées ont disparu. Selles et miction régulières, appétit normal ; pas de varices, pas d'hémorroïdes. L'inspection des seins et du ventre ne révèle rien d'anormal pour une grossesse. Le fond de l'utérus s'élève à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et l'organe tout entier paraît un peu déjeté à gauche. A la palpation, fluctuation abondante : ce n'est qu'en déprimant fortement la paroi abdominale qu'on parvient à sentir le fœtus, dont la tête semble être à gauche et en bas. La mère dit avoir senti les mouvements dans une zone à peu près parallèle à la courbe antéro-supérieure de l'S iliaque et du pubis et située à peu près à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le toucher donne une sensation de chaleur assez prononcée. Étroitesse considérable. Le vagin est très-congestionné. Rien du côté de la vessie et du rectum. Col un peu mou, conique ; son orifice, dévié en arrière, forme la pointe du cône et ne paraît pas avoir plus de 1 centimètre de diamètre. Le ballottement est facile ; mais les deux premiers doigts, introduits avec peine dans le vagin, ne touchent aucune partie fœtale. On n'atteint pas non plus l'angle sacro-vertébral. La palpation, le toucher, le ballottement, ne déterminent aucun mouvement du fœtus. L'auscultation ne révèle aucun battement, si ce n'est à gauche, à deux travers de doigt en dehors et au-dessous de l'ombilic, un bruit isochrone aux pulsations maternelles. La réunion de ces trois signes : cessation des mouvements, arrêts des phénomènes sympathiques, absence des bruits du cœur, nous font diagnostiquer la mort de l'enfant. Quant au terme de l'accouchement, l'élévation de la présentation, la régularité des selles et des urines et surtout l'état du col nous portent à penser que, toutes réserves faites d'ailleurs au sujet d'un accouchement prématuré que la mort de l'enfant rend possible, il ne saurait normalement arriver avant quinze jours au moins. Deux jours se passent sans incident. Le troisième jour, à onze heures du soir, madame X... est tout à coup prise de douleurs qui, d'abord rares et mesurées, avaient le lendemain, à huit heures du matin, acquis un tel degré d'intensité et de fréquence, que l'on m'appela en toute hâte. Les contractions se reproduisaient toutes les trois minutes et duraient à peu près quinze secondes : ténésme vésical et rectal. Le col est dilaté, du diamètre d'une pièce de 2 francs ; la présentation est sensible. L'enfant est en occipito-iliaque gauche antérieure. L'orifice cervical est fortement rétroversé, la lèvre postérieure amincie, l'antérieure un peu saillante et tendue, c'est surtout à travers son tissu que le crâne est senti. Pour favoriser la dilatation, je prescrivis un lavement à l'eau froide qui est bientôt rendu tel quel, un bain de siège tiède de vingt minutes, et enfin le décubitus dorsal, les reins élevés et le fond de l'utérus déprimé par une ceinture, afin de diminuer la rétroflexion du col et d'éviter la compression et l'œdème de la lèvre antérieure. A trois heures de l'après-midi, les contractions plus intenses se succédaient de minute en minute, mais la dilatation n'avancait pas ; la lèvre antérieure amincie et très-tendue coiffait la présentation. Bain de siège d'une demi-heure. Enfin, à six heures, la mère est dans un état d'irritabilité excessive, elle croit avoir ressenti un ou deux mouvements du fœtus, le travail mar-

che très-lentement. Bain de siège tiède d'une heure. Le ténésme augmente. Urines fréquentes et parcimonieuses. Tout à coup, à la sortie du bain, le travail se prononce. La lèvre antérieure me paraissant être le dernier obstacle, je la relève au moyen de l'index et la maintiens pendant quelques minutes au-dessus de la poche : sous l'influence de deux contractions énergiques, la tête s'engage dans le col. J'ai touché, en soulevant un peu la poche, un corps mollassse que j'avais cru être le placenta ; craignant un décollement, vu le peu de hauteur de l'insertion, j'ouvre avec l'ongle la poche des eaux, et au bout de cinq minutes, favorisée par des frictions abdominales et une pression modérée sur le périnée, perpendiculairement à la tête du fœtus et à l'axe du canal, l'expulsion avait lieu sans accident. La section du cordon faite entre deux ligatures, la délivrance a été obtenue par expression et n'amenant que quelques gouttes de sang. Après trente heures, fièvre de lait presque insignifiante. Les seins sont gorgés et tendus ; constipation. Je prescrivis le dégorgement au moyen de la ventouse en caoutchouc, lavements, sulfate de soude et agaric blanc en poudre, chiendent nitré à 10 grammes. Dès le quatrième jour, tout commence à rentrer dans l'ordre. Lochies assez fortes avec quelques caillots petits et rares.

L'enfant, du sexe féminin, est bien conformée et paraît avoir huit mois. Le cuir chevelu et la peau de la face sont macérés et présentent des lividités nombreuses. L'épiderme des mains est gonflé, celui des pieds est disséqué, et le derme mis à nu présente une rougeur livide. La peau du ventre est bleuâtre et son épiderme est enlevé çà et là par larges plaques. Chairs flasques. Les articulations paraissent ramollies. Ventre gonflé et distendu par les gaz. Pas de liquide dans l'estomac. Bouche à demi ouverte. La mort nous paraît remonter à huit jours environ.

Cordon et placenta. — Le cordon n'a dans ses dimensions rien d'anormal, mais il offre de distance en distance des étranglements et des renflements qui n'occupent pas toute la circonférence et n'affectent que des points circonscrits ; la couleur est livide, sa consistance résistante ; on ne sent à la pression aucun mouvement liquide. Les ligatures enlevées n'amènent pas d'hémorrhagie ; avec la pointe des ciseaux, on peut détacher un tout petit caillot noirâtre et diffus qui occupe le centre du cordon.

Le placenta est d'un aspect rosé dans les deux tiers de sa masse ; l'autre est d'un bleu très-foncé. Peu volumineux dans sa totalité, il offre une certaine consistance dans la partie rouge qui se présente sous l'aspect d'une masse carnifiée ou plutôt hépatisée, grenue et rosée à la coupe et se déchirant sans laisser écouler de liquide. La partie bleuâtre se laisse déprimer et garde la trace des pressions qu'on lui imprime. Elle offre dans ses alvéoles de petits caillots de sang noirâtres et épais qui se dissolvent au toucher.

La limite entre ces deux portions n'est pas tranchée, et ce n'est que par des nuances graduées que l'on arrive du rose pâle au bleu noirâtre.

RÉFLEXIONS. — Pièces en main, le diagnostic est facile et l'affection à laquelle le fœtus a succombé ne peut être un instant mise en doute :

on doit rapporter la mort à une placentite qui, développée lentement et graduellement par continuité de tissu, a fini par envahir l'organe presque entier. Les différences de coloration et d'organisation de diverses zones du gâteau placentaire tiennent à une inflammation successive de points contigus, trop peu étendus pour donner lieu à des symptômes marqués. Nous n'avons jamais lu d'observation de placentite ; mais d'après les traités d'accouchement, la séméiologie de l'affection se résume dans des douleurs de reins et des menaces d'avortement, indices bien vagues pour une maladie aussi grave, car elle doit fatalement amener la mort de l'enfant à laquelle l'accouchement prématuré peut seul l'arracher.

Quant à l'étiologie, quelles causes pourrait-on invoquer ? L'inflammation intestinale aurait-elle joué un rôle prédisposant ou même un rôle actif ? Nous n'osons le croire d'après les anamnestiques, car la conception est survenue trois mois après la maladie, alors que la fonction excrémentitielle de l'intestin était absolument rentrée dans l'ordre, et de plus la grossesse a pu dépasser le huitième mois. Faut-il croire à une inflammation primitive du cordon qui aurait gagné le placenta consécutivement ? Le terme avancé et les signes inflammatoires, beaucoup plus accentués sur le placenta que sur le cordon, ne permettent pas d'admettre la priorité en faveur de ce dernier. L'hémorrhagie qui s'est produite vers la fin du septième mois a-t-elle eu son contre-coup dans la circulation placentaire, et un noyau inflammatoire s'est-il développé, *stimulus* qu'un voyage long et pénible aurait servi à entretenir ?

Ce serait pour nous l'explication la plus rationnelle, quoique nous ne puissions fournir la preuve matérielle de cette assertion. Mais comment expliquer autrement que par une cause locale directe cette série d'inflammations circonscrites ? D'après ce calcul, l'enfant aurait vécu environ vingt-six jours après le début de l'inflammation, et nous ne saurions assigner à la maladie une date éloignée, vu l'état de conservation du placenta qui n'offre aucune apparence de ratatinement ni de régression.

Quant au traitement, il ne saurait évidemment en être question. Mais peut-il y avoir une indication ? Certainement l'enfant a vécu : l'inflammation placentaire, en l'isolant peu à peu de la mère, l'a condamné à une mort lente par inanition. L'accouchement aurait eu lieu quinze jours plus tôt que l'enfant serait arrivé vivant et aurait peut-être vécu.

Nous ne voudrions pas, sur un fait isolé, formuler une règle générale, mais il nous semble qu'en pareil cas, lorsqu'une hémorrhagie survient à une époque avancée de la grossesse, l'enfant étant vivant et viable, il serait peut-être prudent, pour parer à des nouvelles complications hémorrhagiques très-fortes, de provoquer l'accouchement prématuré (1).

(Gaz. hebdomadaire.)

Rétention du fœtus mort dans l'utérus.

Par M. le professeur HERRGOTT.

Nombreux et connus depuis longtemps sont les cas de rétention du fœtus mort dans l'organisme de la mère après la grossesse extra-utérine, et dans la matrice dans la grossesse normale. Après avoir donné des signes de vie, constatés parfaitement par la mère et l'accoucheur, le fœtus n'a souvent été expulsé qu'au terme de la grossesse; quelquefois, dans une grossesse gémellaire, c'est un des deux jumeaux qui succombe pendant que l'autre continue à se développer; les deux sont expulsés au terme de la grossesse, l'un très-bien développé, l'autre à l'état d'avorton, mais n'ayant subi, malgré le terme éloigné de la mort, aucune modification qui puisse être appelée du nom de putréfaction.

Ces derniers cas ont fortifié, on le sait, l'idée de ceux qui croyaient à la possibilité de la superfétation.

L'expulsion de ces fœtus morts avant la naissance a été spécialement étudiée par Hohl, dans son livre classique et si riche en faits (*Die Geburten missgestalter, kranker und tochter Kinder*, 1850; p. 315 et suiv.).

Ceux qui voudront étudier cette question au point de vue obstétrical trouveront là les indications les plus précieuses et les plus sûres.

Beaucoup moins nombreux sont les cas de rétention du fœtus mort dans la matrice *au delà du terme normal de la grossesse*, et surtout longtemps après l'ouverture de la poche des eaux, qui, donnant accès à l'air dans la cavité de l'œuf, permet sa putréfaction.

(1) La placentite est une affection niée aujourd'hui par la majorité des auteurs, et ce ne sera pas, certainement, l'observation du Dr Gils qui fera accepter la possibilité de cette maladie. Le placenta examiné par cet auteur présente simplement deux zones : l'une, rosée et fraîche, qui répond à la partie de l'organe restée adhérente à l'utérus jusqu'au moment de l'accouchement, l'autre, bleuâtre, congestionnée, qui s'est décollée un mois avant, le 26 janvier, et qui a donné lieu à l'hémorrhagie signalée ce jour. (A. S.)

Deux cas de ce genre viennent d'être signalés dans la littérature étrangère, qui me paraissent mériter d'être connus en France.

Le premier se trouve dans le tome III, liv. I, p. 47, des *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynæcologie*, et a pour auteur le Dr C. Liebman, de Trieste. Nous n'empruntons à ce travail que le fait qui a motivé son étude sur ce sujet.

La femme J..., âgée de 25 ans, très-corpulente, presque obèse, accoucha huit fois, la dernière fois au printemps de 1867. Les accouchements se firent par présentation céphalique, les enfants étaient très-développés, le diamètre des épaules très-fort, si bien qu'après la sortie de la tête l'enfant fut arrêté par cette partie du corps. Trois enfants succombèrent dans cette partie du travail. Pendant les deux dernières grossesses, je pus observer la femme; elle avait un ventre très-pendant. Lors du dernier accouchement, je fus obligé de faire de fortes tractions sur la tête et sur l'aisselle avec le doigt plié en crochet pour avoir l'enfant vivant. Elle tomba malade, quarante-huit heures après l'accouchement, d'une méningite cérébro-spinale qui régnait alors, et fut traitée par l'application de nombreuses sangsues (par son médecin); elle guérit. Depuis ce temps il resta à la malade une difficulté d'articuler distinctement quelques consonnes. En janvier 1872, elle avorta, sans cause connue, au deuxième mois de sa grossesse. Dans ces dernières années, la patiente souffrit beaucoup d'un eczéma très-rebelle et subaigu, dans la région hypogastrique et vulvaire. A la suite de nombreuses émissions sanguines, d'un régime vicieux qui avait favorisé cette obésité, la patiente eut à souffrir de diverses incommodités; elle se plaignait d'avoir la respiration courte, le pouls était toujours petit, fréquent, souvent irrégulier: un régime tonique, les ferrugineux firent presque totalement disparaître ces phénomènes.

Les règles parurent pour la dernière fois le 12 avril 1872; cependant elle ne put devenir enceinte avant la fin d'avril ou au commencement de mai. Au milieu du mois d'août, elle sentit les mouvements de l'enfant. Lorsque je revis la malade au commencement de septembre, elle avait beaucoup à souffrir de l'eczéma dont il a été parlé plus haut. Je crus pouvoir constater alors une grossesse de quatre mois environ. L'épaisseur du pannicule graisseux des parois abdominales flasques rendait impossible une double exploration; l'examen par la percussion resta aussi sans résultat; on constatait dans le bas-ventre une tumeur utérine dont le développement concordait avec la période de la grossesse constatée. Le vagin et la portion vaginale du col étaient tuméfiés, on ne mentionna point de symptômes subjectifs rattachés à la grossesse.

Après une friction de la peau atteinte d'eczéma, avec du savon à la potasse, qui causa de violentes douleurs (et qui diminuèrent l'intensité de l'éruption cutanée), les mouvements de l'enfant cessèrent tout à coup.

Dans une exploration faite quelques jours après la cessation des mouvements, la matrice parut plus volumineuse que le mois précédent; du reste,

point de changement. La patiente se trouva très-bien pendant plusieurs semaines, mangeait avec appétit et n'éprouva aucun de ces phénomènes qui, dans les livres, sont indiqués comme caractérisant la mort de l'enfant; la circonférence de l'abdomen sembla diminuer plutôt qu'augmenter. Au milieu de novembre, la patiente éprouva pendant quelques heures des douleurs semblables aux contractions utérines, mais il n'y eut par les parties génitales aucun écoulement.

Je ne constatai aucune modification, seulement je pus reconnaître encore une fois que l'utérus était tuméfié. La résistance dans le cul-de-sac antérieur et postérieur me parut augmentée, c'est-à-dire que la tuméfaction utérine était plus appréciable.

Dans le milieu du mois de janvier 1873 (9 mois après la dernière menstruation, 3 mois et demi après la cessation des mouvements du fœtus), je soumis la patiente à un nouvel examen : je trouvai que la tuméfaction du vagin et du col avaient beaucoup diminué. Toute la portion vaginale parut plus résistante et plus mince, l'orifice externe ouvert à admettre le bout de l'indicateur dans une profondeur de 0^m,5. Me rappelant les observations de Holst (1), qui démontrent que les manifestations de la grossesse peuvent, après la mort du fœtus, subir une marche régressive, je ne me laissai pas induire en erreur et restai ferme sur le diagnostic d'une grossesse.

Dans la nuit du 11 au 12 février, la patiente fut éveillée subitement par l'écoulement, par les parties génitales, d'un liquide rouge brun abondant (de 4 à 6 onces). Appelé quelques heures après, je constatai cet écoulement qui ne se faisait plus que goutte à goutte.

Toute la matrice s'était rapetissée sensiblement, mais dans la portion vaginale de l'utérus je ne remarquai aucun changement. Je déclarai que les eaux s'étaient écoulées et que l'accouchement était proche. Dans le courant du jour suivant se montrèrent quelques légères douleurs qui cessèrent bientôt.

L'écoulement diminua de plus en plus et cessa complètement au bout de 8 à 10 jours.

La patiente se trouvait très-bien, faisait chaque jour sa promenade et prétendit que cet écoulement n'avait pu avoir été que la menstruation. Sous l'influence de cette idée, elle compta sur le retour de ce phénomène, lorsque, le 5 avril au matin (à peu près un an après sa dernière menstruation, six mois après la cessation des mouvements de l'enfant), elle éprouva des douleurs ressemblant à des contractions. Comme elles ne diminuèrent pas, mais prirent une intensité de plus en plus grande, elle ne quitta pas le lit.

Il ne s'écoula pas une goutte de liquide par les parties génitales, les contractions devinrent plus énergiques, la patiente éprouva du ténisme, et quand je la vis à 6 heures du soir, je trouvai des os du fœtus poussés l'un sur l'autre, déjà à la vulve; lors de l'exploration, il fut facile d'extraire le fœtus. Le placenta se trouvait dans la portion cervicale de l'utérus, et il fut extrait aussitôt avec deux doigts.

(1) *Beitr. zur Gynécologie*. Tübingen, 1865. 1. Heft., p. 192.

Un examen attentif du linge de la patiente et de celui de son lit permit d'apercevoir çà et là quelques traces de sérosité roussâtre.

Le vagin et le canal cervical de la matrice étaient secs.

Après l'expulsion du fœtus, la patiente se trouva fort bien : elle n'eut ni tranchées, ni écoulement lochial ; seulement, 48 heures après, parut un écoulement sanguin assez abondant, comme après un avortement. Dix jours après, l'utérus était revenu sur lui-même.

Le fœtus avait un aspect momifié, comme s'il avait séjourné pendant longtemps dans l'esprit du vin ; il était du sexe masculin et était long de 27 centimètres (1). La couleur de la peau était d'un rouge pâle, les bouts des doigts et des orteils, l'abdomen à l'entour de l'insertion ombilicale, étaient d'un rouge de rouille. Presque partout le duvet était visible. La peau du crâne paraissait un peu verdâtre, garnie de petits cheveux et couverte du vernis caséeux. La forme de la tête était rhomboïdale. Les os du crâne glissaient l'un sur l'autre, le pariétal droit sur le pariétal gauche, et là, la peau était déchirée, le nez et toute la face étaient aplatis, les orbites en forme de fente étaient vides, la poitrine et l'abdomen irrégulièrement aplatis ; les téguments ne renfermaient presque pas de graisse ; les muscles ratatinés au minimum, les doigts fléchis à la première phalange et aplatis avec toute la main ; à la main gauche, les doigts ne sont pas dirigés vers la paume de la main, mais vers le cubitus ; à la main droite vers le radius.

Le cordon a une longueur de 45 centimètres, les spirales sont à peine indiquées, il a l'apparence d'un ruban rouge de 3 centimètres de largeur, solide, et s'insère en s'éparpillant aux membranes ; à une distance de 3 centimètres, il est tellement ratatiné que les sections transversales et longitudinales ont le même aspect et ne laissent pas apercevoir les vaisseaux qui y sont contenus.

Le placenta en raquette a un diamètre de 7 centimètres, et au milieu une épaisseur de 15^{mm} ; il s'amincit vers les bords qui sont très-minces et en connexion avec les membranes ; il est très-dur, d'un blanc jaunâtre et partout en dégénéresce graisseuse. Sa structure est à peine reconnaissable à cause du ratatinement ; on ne peut arriver par places à d'anciens épanchements de sang, ni reconnaître des restes de caduque.

La déchirure des membranes a lieu très-près du placenta, la partie opposée forme une poche.

Les membranes se laissent séparer partout.

Le chorion, plus épais par places, plus mince dans d'autres, est couvert de villosités, à peine indiquées et nulle part puissantes, transformées par la dégénérescence graisseuse.

Si maintenant nous récapitulons dans cette observation ce qu'il est important d'en faire ressortir, nous trouvons une grossesse qui s'étend normalement jusqu'au cinquième mois ; qu'à cette époque, à la suite d'un traitement rude, la mort du fœtus arrive ; que jusqu'après le neuvième mois il n'y a aucun travail ; qu'au milieu du dixième mois, il y a rupture de la poche,

(1) Dimension d'un fœtus au cinquième mois.

écoulement des eaux, un commencement de travail bientôt arrêté et qui n'est repris que deux mois après, dans le courant du douzième mois, et terminé par l'expulsion facile d'un enfant du cinquième mois de la vie intra-utérine, macéré, mais non putréfié.

Si on se demande comment il a pu se faire que le fœtus se soit conservé, sans putréfaction, dans l'œuf ouvert depuis 2 mois, on peut répondre qu'il est probable que l'ouverture des membranes a été petite, qu'après l'écoulement des eaux, l'organe revenu sur lui-même n'a pas permis l'introduction de l'air, et que de cette manière l'enfant et la mère ont été préservés, le premier de la putréfaction, la seconde de l'infection putride.

Tout autre et bien plus intéressant est le cas suivant que nous trouvons dans le n° 45 (7 nov. 1874) de la *Wiener mediz. Wochenschrift*, relaté par le Dr Alex. Solovieff, à Kazan (Russie).

Rétention d'un fœtus mort (depuis 6 ans et putréfié) dans la cavité utérine.

Le 24 avril 1874, vint me consulter une paysanne de 33 ans, du village de Potschinok (éloigné de Kazan de 25 verstes), pour un écoulement fétide par les parties génitales. Elle dit en même temps qu'elle portait depuis 6 ans un enfant mort.

Les anamnestiques incomplets, à cause du peu d'intelligence de la patiente, nous apprennent toutefois ce qui suit :

Elle est menstruée depuis l'âge de 16 ans, régulièrement toutes les trois semaines pendant 5 jours. Elle se maria à 17 ans, devint enceinte peu après et en 10 ans elle eut 7 enfants ; comme elle devenait enceinte chaque fois qu'elle allaitait, elle n'eut pas une seule fois ses règles depuis. Elle accoucha pour la dernière fois, il y a 7 ans, d'un enfant qui ne vécut que pendant 25 semaines. Peu après, elle pensa être encore devenue enceinte, et il y a eu 6 ans ce printemps que commença le travail de l'accouchement, mais ne se termina pas.

Comme elle avait senti les mouvements de l'enfant pendant 13 ou 14 semaines, elle pensa que l'accouchement avait commencé environ 6 à 7 semaines avant terme, puisqu'elle s'était fait mal en portant de lourds sacs de farine et que peu après elle avait éprouvé une perte de sang. Elle eut aussi des frissons alternant avec des chaleurs, des douleurs revenant régulièrement, elle perdit alors une petite quantité d'eau.

De l'avis d'une sage-femme de village, inexpérimentée, l'enfant se serait présenté dans une situation transversale, et par ce motif on lui avait appliqué deux fois le *pot* sur le ventre (1). La première fois elle endura cette ma-

(1) L'application d'un pot sur le ventre est une pratique très-répandue dans nos contrées. Cette manipulation se pratique de la manière suivante :

nipulation, mais la seconde fois elle eut une faiblesse, et il se produisit une contracture de la jambe droite qui dura dix semaines. Après l'application du pot, les mouvements de l'enfant cessèrent; après 4 jours de tourments, le placenta sortit et le cordon fut coupé par une paysanne.

Le travail cessa et elle éprouva de violentes douleurs dans le ventre, une rétention d'urine et de la constipation qui fut combattue avec succès moyennant de l'aloës. Une sage-femme instruite (?) de Kazan déclara que la matrice s'était refermée, qu'il était impossible d'extraire l'enfant et qu'on devait attendre son expulsion spontanée !.

Dans le courant des deux semaines suivantes, la partie du cordon qui se trouvait hors de la matrice tomba par morceaux, et à dater du cinquième jour, elle eut un écoulement fétide par les parties génitales, que le mari de la femme dépeignait si horrible que les voisines évitèrent autant que possible d'entrer dans la maison.

Pendant les dix premières semaines, la femme resta couchée à cause de cet écoulement, et surtout à cause de l'impossibilité de mouvoir la jambe droite. Peu après, la femme commença à marcher sans que les douleurs du ventre en fussent augmentées sensiblement. Après un an, elle eut un violent frisson et pendant six semaines la tuméfaction du ventre devint de plus en plus considérable. L'huile de ricin fit disparaître ces accidents, mais l'écoulement fétide persista.

A la fin de la deuxième année, la menstruation se montra, eut lieu chaque mois et dura chaque fois quatre jours. La patiente regarda comme signe de menstruation véritable : la régularité du retour de cet écoulement, la quantité de sang évacué chaque fois et sa couleur rouge qui se distinguait nettement du liquide habituellement excrété.

Dans les dernières années, la patiente ressentit une douleur mordicante constante dans le bas-ventre et une tension vers le bas; cette sensation augmentait de temps en temps et était accompagnée de malaises, chaleurs, vertiges, etc.

La malade n'a jamais remarqué de sortie de fragments d'os.

A dater de la deuxième moitié de la deuxième année, eut lieu le coït, pendant lequel le mari se blessa souvent au pénis, ce qui le fit saigner abondamment.

Il y a trois ans, la patiente se présenta à la clinique d'ici, mais se refusa à toute opération qui aurait pour but d'enlever des os. Ce cas intéressant doit avoir été recueilli dans cet établissement.

L'exploration révéla les choses suivantes : femme d'une taille moyenne, de corpulence ordinaire, d'un embonpoint modéré, peu flétrie, muqueuses

Dans un pot en grès, long, de la capacité de 2 litres et demi à trois litres, semblable à ceux dont on se sert pour conserver le lait, on jette un peu d'étoupe **enflammée**, puis on l'applique sur le ventre comme un verre à ventouse. J'ai vu souvent des femmes du peuple qui, à la suite de cette manipulation, **avaient** conservé de grosses cicatrices de brûlures sur les téguments de l'**abdomen**.

visibles de coloration ordinaire, rien d'anormal révélé par la percussion et l'auscultation du thorax.

La couleur de la peau du bas-ventre est normale, celui-ci n'est pas tuméfié; nombreuses vergetures. Par la palpation on trouve à trois travers de doigt au-dessus du pubis une tumeur solide et lisse qu'une exploration ultérieure démontra être la matrice.

La muqueuse vaginale est tuméfiée, la voute vaginale vide, le segment inférieur agrandi et tuméfié, l'orifice externe ouvert de trois quarts de pouce; à travers cet orifice fait saillie un os à bord tranchant, immobile, qui fait une entaille dans le canal cervical. Après avoir obtenu l'assentiment de la femme à l'extraction de cet os, j'introduisis un spéculum de Neugebauer et enlevai l'os avec une pince; c'était un des pariétaux de la tête fœtale; il avait couvert l'orifice de la matrice, si bien qu'après son enlèvement d'autres os furent visibles dans le canal cervical. Sans vouloir donner ici tous les détails de cette opération, je dirai que dans l'espace de cinq quarts d'heure je pus extraire 72 os, parmi lesquels les os longs des extrémités étaient dans l'état de conservation le plus parfait (1). Plusieurs d'entre eux furent extraits avec le doigt que j'introduisis plusieurs fois dans la cavité utérine pour changer la situation des os qui se présentaient de travers. Parmi les os extraits se trouvèrent des aros vertébraux avec leurs apophyses articulaires et des fragments d'os brisés dont le contact rappelait celui du sable.

Après cette opération, qui se fit sans douleur et sans écoulement de sang notable, on ne trouva plus aucun corps étranger dans la cavité utérine.

Pendant les 3 jours suivants, on fit des injections vaginales avec une légère dissolution d'acide phénique; la douleur du bas-ventre et le ténesme cessèrent; le fond de l'utérus était encore sensible au-dessus du pubis, mais la cavité utérine était sensiblement diminuée.

Le quatrième jour, la patiente retourna chez elle. Deux jours après se manifestèrent quelques symptômes de catarrhe stomacal causé par un écart de régime qui disparut sous l'influence d'un traitement convenable.

Pour terminer, je crois, pour éclaircir ce cas, devoir faire les observations suivantes: le placenta fut expulsé avant le fœtus à cause de la présentation oblique de celui-ci; les contractions furent impuissantes à l'expulser à cause de cette présentation anormale, peut-être aussi à cause de l'application du pot-ventouse!

Ce fait est le plus extraordinaire de ce genre qui soit parvenu à notre connaissance.

Nous ne supposons pas à l'utérus gravide une pareille longanimité, une aussi grande tolérance; à l'organisme de la femme une pareille immunité contre l'infection. Que de bactéries, de vibrioniens engen-

(1) J'en fis la démonstration dans la séance du 9 mai 1874 à la Société de médecine de Kazan

drés dans cette cavité utérine pendant cette longue macération putride ! L'enveloppe fœtale n'aura peut-être pas été pour peu comme agent défensif ; puis, pour que le poison agisse, il faut aussi, du côté de l'organisme vivant, certaines conditions favorables dont on semble faire trop peu de cas en ce moment. Il est inutile de relever la pratique barbare de version par manœuvres externes, qui est heureusement reléguée dans le voisinage de la Sibérie.

(*Revue médicale de l'Est.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 Avril 1875

Sur la mamelle des enfants nouveau-nés ; par M. DE SINÉTY.

Je viens entretenir la Société du résultat de quelques recherches que j'ai entreprises sur les mamelles de fœtus et d'enfants (1). Tout le monde sait que dans les quelques jours qui suivent la naissance on obtient en pressant la glande mammaire de l'enfant, un liquide lactescent, ayant souvent l'aspect du lait d'adulte. Ce fait avait déjà été observé par Morgagni et a été signalé par un très-grand nombre d'auteurs. M. Gubler en a fait le sujet d'un mémoire qui a été inséré dans les archives de notre Société, en 1855 ; dans ce travail, l'auteur, se basant sur un nombre considérable d'observations, 1,200 au moins, dit-il, arrive à la conclusion que la production du lait est un phénomène presque constant chez l'enfant, dans les quelques jours qui suivent la naissance. Il ne l'a vu manquer qu'une fois sur 65 cas. On trouve, en outre, dans ce travail une analyse chimique du lait de nouveau-né, faite par Quévenne, d'où il résulte que ce liquide est bien du lait et contient du beurre, du caséum et de la lactine, dont les proportions placeraient le lait d'enfant à côté du lait d'ânesse.

Je ne veux pas faire ici l'historique de cette question, que je développerai davantage dans un prochain travail sur ce sujet, il me suffira de rappeler les noms de N. Guillot, Scanzoni, Cobbold pour montrer qu'à l'étranger comme en France, on s'est occupé de ce fait physiologique. L'année dernière encore, une discussion a eu lieu en

(1) Nouveau-nés.

Angleterre à ce sujet, à propos des abcès mammaires chez les jeunes enfants.

Tous les travaux que nous venons de citer ont été faits surtout à un point de vue clinique et sous ce rapport mes observations personnelles ont généralement confirmé ce qui avait déjà été dit (1). Mais il n'en pas de même au point de vue anatomique et physiologique, et je ne peux pas admettre avec Kolliker (2) que « la production du lait chez le nouveau-né ne doit pas être considérée comme une véritable sécrétion. » On observe dans la mamelle du fœtus à terme ce que Kolliker, Langer et d'autres histologistes ont décrit, c'est-à-dire des canaux qui vont en s'élargissant, se divisent ensuite et se terminent en massue. C'est ce que j'ai très-bien observé sur la mamelle d'un enfant à terme tué par céphalotripsie, ce qui m'a permis d'avoir la glande sans aucune altération. En outre, j'ai vu que sur des coupes fraîches on recueillait par le râclage un liquide qui, quoique transparent, contenait quelques gouttelettes de graisse et des corpuscules du colostrum semblables à ceux qu'on rencontre, chez l'adulte, dans ce dernier liquide.

Sur des coupes faites après durcissement et colorées par la purpurine, on voit que, dans le voisinage de la surface, les canaux galactophores sont oblitérés par des masses épithéliales. Mais en se rapprochant de la face profonde, ces canaux se dilatent, se divisent et forment des cavités tapissées d'une seule couche d'épithélium cubique. Ces cavités elles-mêmes contiennent un liquide qui se laisse légèrement colorer en rose par la purpurine, ainsi que quelques cellules chargées de graisse. On y voit aussi des gouttelettes graisseuses, libres, non colorées par le réactif.

Ainsi dans ce cas, déjà avant la naissance, on voit se produire dans la mamelle un liquide ressemblant au colostrum et cela, tandis que

(1) N. Guillot considère la sécrétion lactée des enfants comme une preuve de bonne santé : et il dit l'avoir vu disparaître, en général, chez les enfants malades. D'après ce que j'ai observé, cette loi n'existe nullement et j'ai vu très-souvent des enfants dans le dernier degré de marasme avoir du lait dans les mamelles. Le sujet qui a fourni la mamelle dont nous donnons la description, comme type de mamelle d'enfant en lactation, était mort d'athrepsie à la suite d'une opération de bec de lièvre. (V. N. Guillot : *ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE*, 1853, t. II, p. 521.)

(2) Kolliker : *Éléments d'histologie*, traduction française, 1836, p. 599.

l'extrémité périphérique des conduits est encore oblitérée par des masses épithéliales.

Ce fait de production de colostrum pendant la vie intra-utérine n'est pas constant. J'ai trouvé, chez des fœtus nés à terme, tous les canaux remplis jusqu'à leur terminaison par des masses épithéliales ou des détritres de cellules, mais sans qu'on pût y découvrir de globules gras ou des corpuscules du colostrum. Dans d'autres cas, sur des fœtus nés à sept mois et demi, j'ai trouvé, à l'extrémité profonde des canaux, les culs-de-sac formant cavité. A cet âge, ces cavités sont peu développées et ont la forme d'une utricule allongée, avec deux ou trois prolongements terminaux pour chaque conduit. Quelques-uns des canaux ne sont même pas encore divisés et n'ont qu'un seul cul-de-sac terminal (1).

Malgré cette apparence rudimentaire, au bout de quelques jours après la naissance, cette petite mamelle donne du lait comme j'ai pu l'observer dernièrement sur un des produits d'une grossesse gémellaire, dont la durée avait été de sept mois et demi. On voit qu'à l'état fœtal comme chez l'adulte, le moment où commence la sécrétion du colostrum ainsi que la quantité de cette sécrétion est extrêmement variable. Les mamelles dont j'ai parlé jusqu'à présent sont en rapport avec les descriptions données par Kolliker et par Langer.

Mais chez les enfants du quatrième au dixième jour après la naissance (2), quand le liquide transparent des premiers jours a fait place à un liquide lactescent, la mamelle aussi change complètement et ressemble beaucoup à la glande adulte, tout en conservant certaines différences que nous résumerons plus loin.

Sur une pareille mamelle et aussi bien dans un sexe que dans l'autre, on voit alors très-nettement que les canaux galactophores d'abord rectilignes se dilatent ensuite pour former ce qui est désigné par les anatomistes sous le nom de sinus lactifères. Au-dessous de ces dilatations, on voit un léger rétrécissement et enfin les divisions très-nombreuses des canaux, qui forment un grand nombre de cavités tapissées d'une seule couche d'épithélium cubique, et séparées les

(1) On trouve dans ces cavités ainsi que dans tout le canal glandulaire plusieurs couches d'épithélium et, vers la partie centrale des canaux, des granulations graisseuses et des débris de cellules épithéliales.

(2) D'après N. Guillot (*loc. cit.*, p. 522), le début de la sécrétion lactée chez l'enfant, coïnciderait avec la chute du cordon ombilical.

unes des autres par une mince couche de tissu conjonctif, lâche, très-riche en cellules.

Parmi ces cavités, les unes sont complètement remplies par de la graisse qui masque l'épithélium; dans d'autres, au contraire, on ne voit que l'épithélium sans aucun produit de sécrétion.

J'ai souvent observé le même phénomène sur la glande adulte en lactation. C'est-à-dire qu'on trouve, à côté d'acini pleins de lait, un certain nombre d'autres qui en sont tout à fait privés.

Ce fait m'a rappelé, à propos de la mamelle, l'opinion émise par Heidonheim pour la glande sous-maxillaire et pour le rein; et par Wittich pour le foie; qu'il y a toujours une partie de l'organe au repos pendant que l'autre sécrète.

Bien entendu, je n'é mets cette idée que comme une hypothèse susceptible de beaucoup d'objections et que des recherches ultérieures pourront seules élucider. Nous voyons donc que la mamelle de l'enfant pendant la lactation est, en beaucoup de points, comparable à celle de la nourrice adulte.

Nous y trouvons, en effet, des conduits galactophores qui, d'abord rectilignes, se dilatent ensuite pour constituer ce que l'on désigne sous le nom de sinus lactifères. Au-dessous de ces sinus, on voit les conduits se diviser en une masse de ramifications et de culs-de-sac tapissés d'une seule couche d'épithélium cubique et produisant du lait.

Est-ce à dire qu'entre une pareille mamelle et celle d'une nourrice adulte il n'y ait pas de différence? Telle n'est pas du tout ma pensée, car les divisions de la glande sont poussées beaucoup plus loin chez l'adulte que chez l'enfant et présentent, par conséquent, une bien plus grande surface sécrétante, même relativement aux dimensions générales de l'organe. Mais, quoique moins nombreux, beaucoup moins divisés et ordinairement plus larges, je n'en considère pas moins l'extrémité de ces conduits, comme des acini glandulaires qui, au lieu de concourir à la formation de nombreux lobules et lobes distincts, n'en forment, pour ainsi dire, qu'un seul.

On voit qu'il y a de grandes différences entre la mamelle de l'enfant mort-né et ce même organe sept ou huit jours après la naissance. Ces changements qui s'opèrent dans la glande correspondent à une vraie sécrétion lactée qui, pour être de peu de durée, n'en est pas moins réelle (1). On a émis l'idée que cette production de la mamelle chez les

(1) Chez l'enfant comme chez l'adulte, la sécrétion du colostrum précède

jeunes enfants, n'était due qu'au rejet d'épithélium dégénéré (1). Mais l'examen du liquide ne permet pas le doute à cet égard. En outre, s'il en était ainsi, l'évacuation opérée par la pression et continuée deux ou trois jours, devrait tarir la sécrétion, et c'est le contraire qui arrive. Les enfants, dont on exprime la mamelle, ont, au bout de quelques jours, une production lactée beaucoup plus abondante.

Cette lactation transitoire des enfants dure plus longtemps qu'on ne le croit généralement. J'ai souvent vu des nourrissons avoir encore du lait d'une façon notable six semaines après la naissance, et M. Gubler a observé, dans quatre cas, que la production du lait durait jusqu'à deux mois.

Le sexe de l'enfant n'a aucune influence appréciable sur la durée ou l'abondance de la sécrétion.

J'ai recherché quel était l'état du foie chez les enfants en lactation. J'ai toujours trouvé le foie gras, mais on ne pouvait localiser la situation de la graisse dans le lobule et faire la part de ce qui pourrait être attribué à la production ou à l'ingestion des corps gras. J'ai aussi recherché le sucre dans l'urine, dans deux ou trois cas, et je n'ai jamais pu en constater la présence.

La non-apparition du sucre dans l'urine est, du reste, tout à fait en rapport avec la petite quantité de sécrétion lactée, et conforme à ce que j'ai vu et communiqué à la Société, il y a deux ans, au sujet des nourrices adultes.

J'ai observé de grandes différences entre la disposition des fibres musculaires dans l'aréole et le mamelon de l'enfant et de la nourrice adulte; mais ces faits feront le sujet d'une prochaine communication.

(Les recherches relatives à ce travail ont été faites au laboratoire d'histologie du collège de France.)

A propos de la variété très-grande qui existe chez la femme adulte pour le moment où commence à se montrer la sécrétion mammaire, j'ai eu, ces jours-ci, l'occasion d'observer un fait que je crois assez intéressant pour vous être communiqué. C'est le cas d'une femme pri-

celle du lait. Ces deux liquides ne sont, du reste, qu'un état plus ou moins actif de la production du lait.

(1) Kolliker me paraît avoir confondu l'épithélium dégénéré que l'on trouve mêlé à quelques gouttelettes de graisse dans la mamelle des nouveau-nés au moment même de la naissance et l'état de la glande quelques jours après.

mipare, âgée de 19 ans, qui a avorté à deux mois. Les seins étaient gonflés et produisaient du colostrum. Six jours après l'avortement, les deux mamelles étaient gorgées de lait qui avait tous les caractères histologiques du lait normal. L'analyse chimique n'a pas été faite, mais il avait le goût sucré ordinaire du lait. Dix jours après, quoique la sécrétion fût moindre, les seins donnaient encore une quantité notable de lait et je ne doute pas que la lactation ne se fût établie aussi abondante et d'aussi bonne qualité, chez ce sujet, que chez une femme accouchée à terme.

CORRESPONDANCE

Nancy, 8 mai 1875.

A M. le Dr DE SOYRE, secrétaire de la rédaction des *Archives de Tocologie*, etc.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi de vous adresser une petite réclamation dans l'intérêt de l'histoire de la médecine opératoire obstétricale.

Le porte-lacs que propose le Dr Lambert, qu'il a présenté à l'Académie de médecine de Belgique et qui est décrit et figuré dans le n° de mai de votre estimable Recueil, pages 292 et suivantes, n'est pas nouveau, comme le croit l'auteur. Michaëlis l'a fait connaître en 1833 et Schuré, dans sa thèse « sur la procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement, » soutenue devant la Faculté de médecine de Strasbourg, le 3 juin 1833, sous la présidence de M. Stoltz, le décrit et le représente dans les figures 10, 11, 12, de la planche lithographiée qui accompagne cette importante monographie que la Faculté a couronnée.

Rien n'y manque, pas même le petit crochet en fil de fer (fig. 10), pour l'anse du lacs à travers la sonde.

La seule différence qui existe entre les deux instruments consiste en ce que Michaëlis profitait des deux yeux de la sonde pour faire sortir l'anse par l'un, la retenir par l'autre, tandis que le Dr Lambert la fait sortir et la retient par l'œil qui se trouve souvent unique aujourd'hui au bout de certaines sondes en gomme.

Il y a déjà longtemps que je parle moi-même de cet appareil dans mes cours.

Le passé doit toujours être présent à l'esprit de celui qui veut travailler fructueusement pour l'avenir.

Agréez, monsieur le Secrétaire, etc.

Prof. HERRGOTT.

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANOMALIES DU SYSTÈME DENTAIRE
CHEZ L'HOMME ET LES MAMMIFÈRES

DES ANOMALIES DE L'ÉRUPTION ⁽¹⁾

Par le Dr E. Magitot,
membre de la Société de chirurgie, etc.

Nous désignons, par le terme général d'*anomalie du système dentaire*, toute *déviatiou du type primitif*. Or, ce type, invariable pour chaque espèce animale en particulier, comprend les conditions diverses sous lesquelles se présente l'appareil dentaire, c'est-à-dire les caractères de forme, de volume, de nombre, de direction, etc.

L'histoire des anomalies, dans l'acception que nous leur donnons ici, consiste donc dans l'étude des perturbations correspondant à toute la série des phénomènes de l'évolution, depuis la période initiale d'ap-

(1) Ces recherches sont extraites d'un livre actuellement en préparation et intitulé : *Histoire des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*, in-4°, avec un atlas de 20 planches, pour paraître chez G. Masson.

parition des follicules au sein des mâchoires pendant la vie embryonnaire, jusqu'à l'époque de l'éruption par laquelle s'achève le développement de l'appareil.

Toute infraction aux règles physiologiques qui régissent cette évolution constitue ainsi un fait tératologique qui peut être tantôt simple, s'il n'atteint qu'une des conditions physiologiques, tantôt complexe, s'il porte simultanément sur plusieurs d'entre elles.

Dans une série d'études antérieures (1) nous avons examiné les circonstances générales qui régissent les anomalies du système dentaire, leur classification, leur statistique, puis nous avons décrit plusieurs des divisions qu'elles comportent.

Aujourd'hui, nous nous proposons d'examiner les *anomalies de l'éruption*, c'est-à-dire les perturbations que subit la sortie des dents au dehors des mâchoires, soit chez le nouveau-né, pour les pièces de la première dentition, soit chez l'enfant et l'adolescent, pour celles de la seconde dentition.

Ces anomalies de l'éruption ont un caractère général qui leur est commun avec toutes les autres divisions de cette histoire, c'est-à-dire qu'elles représentent toujours des *accidents de l'évolution*; et, par ce terme, nous entendons dès maintenant leur opposer une autre série de phénomènes dont nous n'avons pas à nous occuper ici, et qui sont désignés sous le nom d'*accidents de l'éruption*. Ces derniers comprennent les phénomènes locaux ou généraux qui sont sous la dépendance de cette phase ultime de développement qu'on appelle l'*éruption*. Ce sont des faits pathologiques qui n'ont rien de commun avec les troubles tératologiques dont nous entendons nous occuper exclusivement.

Sous le nom d'*anomalies de l'éruption*, nous décrirons donc les troubles qui surviennent dans l'époque de *sortie* des dents.

Ces troubles peuvent se produire aux deux dentitions temporaire et définitive, et ils représentent essentiellement deux ordres de phénomènes qui sont :

L'éruption précoce ou anticipée ;

L'éruption tardive.

C'est à ce double point de vue que nous aurons à envisager la question; mais, avant d'entrer dans les développements de cette

(1) Voy. *Journal d'anatomie et de physiologie* de M. Ch. Robin, 1874-75.

étude, nous devons, afin de bien nettement déterminer notre sujet, donner un aperçu de l'éruption dentaire, considérée au point de vue des *époques* auxquelles elle s'effectue dans l'état physiologique.

L'éruption du système dentaire chez les vertébrés, et en particulier dans la série des mammifères, paraît soumise à une loi uniforme qui est celle des *deux dentitions* : l'une primitive et caduque, l'autre secondaire et définitive. La raison de ce double phénomène et de son évolution dans le temps réside dans le développement même de l'être dont la croissance implique la nécessité d'un système dentaire d'un volume et d'un nombre d'abord restreint dans le jeune âge, et qui fait place à une seconde série proportionnée aux nouvelles et définitives conditions de l'état adulte. Il résulte immédiatement de là que la succession même des deux phénomènes sera dans un rapport direct avec l'évolution générale de l'individu ; c'est-à-dire que, chez les espèces qui parviennent rapidement à l'état adulte, la première phase sera courte, tandis qu'elle aura une durée considérable si l'état adulte est très-éloigné du moment de la naissance. Ces mêmes conditions seront également en rapport avec la durée générale de la vie pour chaque espèce animale.

Toutefois, la loi des deux dentitions subit certaines exceptions : les poissons ne paraissent avoir qu'une seule dentition ; ils sont *monophyodontes*, suivant l'expression de M. Gervais. Les cétacés seraient dans le même cas, si l'on s'en rapporte aux assertions de quelques naturalistes modernes (1). Toutefois, les phoques auraient les deux dentitions : ils seraient *diphyodontes*, mais avec cette particularité que leur première dentition s'effectuerait pendant la vie fœtale, de sorte qu'il y a une véritable *mue* des dents dans la cavité utérine. Les dents de lait sont ainsi tombées bien avant l'époque de l'allaitement. Ce sont ces particularités de l'évolution dentaire chez les phoques qui ont permis d'établir la transition insensible des carnassiers terrestres aux carnassiers aquatiques et même aux cétacés. Le genre *otaria* se rapprocherait encore, à ce point de vue, du genre *phoca*, suivant Beneden et Reinhart (2).

(1) Voy. Van Beneden, in *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 2^e série, t. XXXI, mars 1871, et Flower, Remarks on the homologies and notation of the teeth of mammalia, in *Journal of anatom. and physiology*. London, vol III.

(2) Van Beneden, *loc. cit.*; Reinhart, *Naturish foren Vidensk meddelser*, 1864.

Lé même phénomène de chute des dents de lait avant la naissance a été signalé, pour la première fois, par Cuvier, chez certains rongeurs, et en particulier chez le cochon d'Inde (1). Aussi, ces animaux peuvent-ils manger dès les premiers jours de la naissance. Le lièvre perd ses dents temporaires peu de jours après la naissance, le lapin notablement plus tard.

L'existence d'une seule dentition aurait été reconnue, en outre, chez certaines espèces de mammifères terrestres, si l'on en croit de Blainville, qui, dans son *ostéographie*, étudie avec le plus grand soin ces questions relatives au système dentaire. Ainsi, chez les chéiroptères et les insectivores, il n'aurait réussi à observer qu'une seule série de dents, dont les premières apparaîtraient soit avant, soit peu après la naissance, et dont les autres viendraient se placer en série au delà des premières, sans que celles-ci effectuent leur chute. Les roussettes, les molosses et les vespertillons seraient dans ce cas. Les observations du même naturaliste, chez les taupes et les musaraignes, n'ont montré également qu'un seul système dentaire. Pour les musaraignes, toutefois, Duvernoy (2) aurait infirmé cette assertion, et décrit chez ces animaux, une mue périodique, mais partielle, de dents qui s'effectuait vers le mois de juillet de chaque année.

Les assertions de de Blainville sur l'existence d'une seule dentition chez un certain nombre d'espèces animales pourraient bien, du reste, être entachées d'erreur, par la raison précisément que l'on vient de voir, et qui établit l'existence d'une dentition caduque avant l'époque de la naissance; de sorte que la loi des deux dentitions serait bien plus générale et bien plus constante qu'on ne serait tenté de l'admettre.

D'ailleurs, certains arrêts de développement d'une pièce du système dentaire considérés comme anomalies accidentelles chez l'homme et les mammifères supérieurs constituent parfois dans la série animale un fait normal, une *anomalie constante*, suivant l'expression de de Blainville (3) : telles sont les dents abortives du Narwal, du Lamantin. Le musée Wrolik, d'Amsterdam (4), renferme une tête de

(1) Emmanuel Rousseau, art. COBAYE du *Dict. d'hist. naturelle*, 2^e édit. t. IV, p. 38.

(2) Dents des musaraignes, 1844. In-4^o avec planches, p. 66.

(3) *Anomalies du système dentaire*, 1838, p. 18. Voyez aussi Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, *Système dentaire des mammifères et des oiseaux*, 1824.

(4) No 558-38 du catalogue.

Lamantin, dans l'intermaxillaire duquel on voit incluse la dent abortive.

Chez d'autres espèces, les dents abortives peuvent accidentellement prendre un développement plus prononcé : ainsi, chez la jeune baleine, on trouve des dents à la mâchoire supérieure alors que dans l'âge adulte on n'en retrouve pas. Leydig cependant donne sous le nom de *Squamodon* une variété de baleine qui a des dents développées à la mâchoire supérieure. De son côté, van Beneden a présenté une mâchoire inférieure de Dugong qui présentait huit paires d'incisives très-développées, alors que cet animal est considéré comme n'ayant point de dents inférieures.

Darwin qui a recueilli ces faits les rapproche de l'existence, admise par lui, des dents abortives dans la mâchoire supérieure des ruminants. Nous nous sommes élevé, dans un autre travail, contre l'interprétation erronée du grand naturaliste qui a considéré comme des follicules dentaires rudimentaires les débris de l'organe de Jacobson (1), ce qui tend à infirmer les conséquences qu'il dégage de ces considérations au profit de la théorie des affinités mutuelles des êtres organisés et de sa loi de descendance modifiée (2).

Quoi qu'il en soit, la grande loi de la double dentition qui semble s'éteindre avec les cétacés s'affirme dans la série ascendante des mammifères.

Elle est en même temps invariable, c'est-à-dire que jamais les dentitions ne dépassent le nombre de *deux*, la première à caractère temporaire, la seconde persistant dans le reste de la vie. Nous établirons donc tout d'abord un point sur lequel nous reviendrons plus loin, c'est qu'il n'existe jamais dans aucun cas de dentition *tertiaire* ou *quaternaire*. Les exemples de cet ordre qu'on trouve mentionnés dans les auteurs doivent être considérés comme apocryphes ou résultant de l'interprétation erronée d'un simple fait de dentition tardive.

Une autre condition fondamentale dans les rapports des deux dentitions consiste dans le nombre infiniment plus restreint des pièces de la première dentition relativement à celles de la seconde. Les deux dentitions présentent à cet égard des rapports numériques qui sont

(1) Voyez la note de M. le Dr Pietkiewicz in Legros et Magitot, *Origine et développement du follicule dentaire chez les mammifères*, journal d'anatomie de Ch. Robin, 1873.

(2) Darwin. *Origine des espèces*, 2^e édit. française, 1866, p. 549.

parfaitement fixes pour chaque espèce de mammifères. Ce rapport peut se chiffrer, c'est-à-dire se représenter [par des formules : telles sont par exemple celles de l'homme :

Dentition temporaire.

$$\text{Inc. } \frac{2-2}{2-2} \text{ Can. } \frac{1-1}{1-1} \text{ Mol. } \frac{2-2}{2-2} = 20$$

Dentition définitive.

$$\text{Inc. } \frac{2-2}{2-2} \text{ Can. } \frac{1-1}{1-1} \text{ Prém. } \frac{2-2}{2-2} \text{ Mol. } \frac{3-3}{3-3} = 32$$

En comparant ces deux formules, on voit de suite que les nombres des incisives et des canines sont identiques. C'est seulement aux molaires que se produit la différence, et ce fait est tout à fait en corrélation avec le développement postérieur des bords alvéolaires, phénomène sur lequel nous insisterons tout à l'heure.

Nous n'avons pas d'ailleurs à étudier ici les conditions numériques de ces rapports pour les différentes espèces animales, mais nous pouvons dire que les deux nombres sont entre eux environ dans la proportion de 2 à 3 ou de 3 à 5. Chez l'homme, ainsi qu'on le voit, le rapport est invariablement de 5 à 8.

Considérées dans une espèce animale isolément, les lois de l'éruption dentaire paraissent cependant être soumises à quelques variations qui sont toutefois très-secondaires et ne consistent que dans certaines modifications d'époque. Ainsi de Blainville (1) avait déjà émis cette remarque que chez les peuples sauvages ou même dans les races inférieures, les dernières molaires apparaissent en général plus régulièrement à l'âge normal, circonstance qui est, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, en relation avec le degré plus ou moins accusé du prognathisme. Simonds et Darwin (2) avaient de leur côté affirmé que chez les animaux améliorés de tous genres, la période de maturité serait plus précoce tant en ce qui concerne la croissance complète que l'époque de la reproduction et en corrélation avec ce fait, on observerait que les dents se développent beaucoup plus promptement, de sorte qu'à la grande surprise des éleveurs, les anciennes règles établies pour la détermination

(1) Anomalies du système dentaire, 1838, p. 16.

(2) Simonds, Gardener's Chron., 1854, p. 588. — Darwin, De la variation des animaux et des plantes, traduction française, 1868, t. II, p. 343.

de l'âge cesseraient d'être exactes. Nous sommes loin de partager l'opinion émise par les deux auteurs que nous venons de citer, et nous sommes, au contraire, porté à admettre que les conditions de culture et de milieu ne sauraient influencer à ce point les phénomènes de l'éruption dentaire dont la fixité nous paraît être tout à fait remarquable. Chez l'homme, en tout cas, ces variations seraient fort peu appréciables. Nous les avons recherchées dans leurs rapports avec les diverses conditions d'éducation et de société, et nous n'avons point réussi à les rencontrer.

Il est encore d'autres influences générales dont on a invoqué le rôle dans la précocité ou le retardement des phénomènes de l'éruption dentaire: On a recherché, par exemple, si l'éruption débutait dans un maxillaire déterminé, plutôt à gauche qu'à droite, et un élève de l'école de Paris, le D^r Delaunay (1) a cru pouvoir tirer d'un nombre de faits, beaucoup trop restreint selon nous, cette conclusion que les dents se développaient en premier lieu à droite, à la mâchoire inférieure, et à gauche pour la mâchoire supérieure.

Les diathèses ont été aussi invoquées, et il est constant que, sans produire, ainsi qu'on a voulu le prétendre, des lésions de formes plus ou moins caractéristiques, la syphilis héréditaire, la scrofule, le rachitisme retardent l'évolution dentaire d'une manière notable. Il en est de même chez les crétins et les idiots. Suivant les remarques de Bourneville (2), des affections graves de la première enfance peuvent encore entraîner ultérieurement des troubles de cette évolution, et ceux-ci consistent invariablement en des retards plus ou moins considérables: tel est l'exemple que nous avons recueilli d'un enfant qui, comme conséquence d'une hémiplegie gauche datant de la quatrième année de la vie, éprouva un très-notable et très-évident retard dans l'apparition des dents définitives du côté paralysé. Ces exemples prouvent que l'évolution organique des organes et des appareils peut subir à un degré appréciable l'atteinte des affections générales de l'économie et des lésions des centres nerveux.

Sans nous étendre plus longuement sur ces considérations générales, et limitant notre sujet à l'étude de l'homme, nous serons conduit à examiner successivement:

(1) Biologie comparée du côté droit et du côté gauche. Thèse de Paris, 1874, p. 13 et 75.

(2) De la condition de la bouche chez les idiots. *Journal des connaissances médicales*, 1862 et 63.

- 1° Les phases de succession normale de l'éruption dentaire ;
- 2° L'éruption anticipée ;
- 3° L'éruption tardive ;
- 4° La chute prématurée et la chute tardive.

§ I. — *Des phases de succession normale de l'éruption.*

Si l'éruption des dents chez l'homme est soumise à certaines lois fixes, la connaissance et la détermination de ces lois présentent un grand intérêt, aussi a-t-on cherché de tout temps à les établir.

Ce n'est que depuis un très-petit nombre d'années que l'étude du développement folliculaire a permis de fixer les époques d'apparition des divers organes formateurs des dents au sein des mâchoires, soit pendant la vie intra-utérine, soit dans les premiers temps de la vie. Les travaux de Kölliker, Waldeyer, Kollmann, etc. (1), ceux que nous avons entrepris nous-même avec M. Ch. Robin (2), et plus récemment encore avec un physiologiste regretté, notre ami Ch. Legros (3), nous semblent avoir établi les phénomènes de genèse et d'évolution d'une manière à peu près définitive.

Il n'en est pas de même des notions relatives aux phases et aux époques de l'éruption, bien qu'elles aient été recherchées depuis longtemps par beaucoup d'auteurs. On remarque en effet tout d'abord un désaccord très-marqué dans les résultats publiés.

Nous nous expliquons, jusqu'à un certain point, ces divergences, par cette raison qu'on n'a point éliminé des chiffres recueillis, les faits dépendant soit des conditions de race auxquelles nous attribuons pour nous, il est vrai, un rôle assez restreint, mais surtout les influences générales, diathèses héréditaires ou acquises, arrêts de développement, rachitisme, idiotie, microcéphalie, etc., auxquels on ne saurait dénier

(1) Voy. KÖLLIKER, die Entwicklung der Zahnsäcke der Widerkauer Zeitschrift f. Wissen zool 1863, Gewebelehre 4 Aufl. — WALDEYER, Bau und Entwicklung der zähne in Stricker's handbuch der Lehre von der Geweben. Leipzig, 1871, p. 333 et suiv. — Kollmann, Entwicklung der milk und Erzatähne bei menschen. — Zeitschrift für Wissenschaftliche Zoologie von Siebold und Kölliker; zwanzigster band zweiten Haft, p. 145. Leipzig, 1870.

(2) Genèse et évolution du follicule dentaire chez les mammifères, in Journal de physiologie de Brown-Séquard, 1860-61.

(3) Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères, in Journal d'anatomie de Ch. Robin, septembre-octobre 1873.

une action très-marquée dans la production des troubles tératologiques de l'éruption dentaire.

Meckel, dès 1825 (1), avait tenté d'établir une loi d'après laquelle l'ordre dans lequel apparaissent les premiers rudiments des follicules serait aussi celui qui préside à l'éruption proprement dite. Cette assertion n'est pas absolument exacte, et il nous suffira de faire remarquer que, d'après les recherches physiologiques que nous rappellerions tout à l'heure, les follicules de première dentition apparaissent presque simultanément dans les mâchoires, tandis que l'éruption s'effectue par séries successives parfaitement distinctes. A peine avons-nous pu constater un léger retard de quelques jours dans l'apparition des follicules supérieurs sur les inférieurs, mais l'époque de sortie n'a présenté aucun rapport avec les phénomènes de genèse primitive. La canine permanente, par exemple, dont le follicule apparaît en même temps que celui des incisives, n'effectue son éruption que longtemps après elles, tandis que les prémolaires qui se forment à une époque plus tardive sortent avant les canines.

Un grand nombre d'observateurs se sont efforcés, depuis Meckel, de fixer les époques normales de l'éruption dentaire. Mais, sans nous arrêter à les indiquer ici, nous nous bornerons à reproduire les documents les plus accrédités en cette matière. Ce sont les indications dues à Trousseau (2), et que la plupart des auteurs ont depuis lors reproduites de confiance.

Trousseau indique de la manière suivante l'ordre d'éruption des dents temporaires :

- 1^{er} groupe, comprenant les incisives médianes inférieures ;
- 2^e groupe : les incisives supérieures, les médianes d'abord, les latérales ensuite ;
- 3^e groupe : les incisives latérales inférieures et les premières molaires ;
- 4^e groupe : les canines ;
- 5^e groupe : les grosses molaires.

Trousseau ajoute que cet ordre de succession subit de nombreuses exceptions.

Les époques d'éruption ont été étudiées à leur tour. D'après les tableaux qui ont été dressés à cet égard, Trousseau fixe l'époque de sortie du premier groupe, *incisives médianes inférieures*, au septième mois.

(1) Anat. générale, 1825, t. III, p. 348.

(2) Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1841, septembre.

Mais cette date établie comme moyenne d'observations, prouve précisément, suivant la remarque du grand clinicien, que cette première éruption n'a jamais lieu à cette date, mais tantôt avant, tantôt après.

Les autres groupes se suivraient à environ six mois d'intervalle.

Quant au temps que met à s'effectuer l'éruption de tel ou tel groupe, Trousseau affirme que les incisives médianes inférieures sortent dans un espace de un à dix jours, les correspondantes supérieures en quatre ou six semaines, les latérales inférieures et les premières molaires en un ou deux mois, etc.

Dans le même travail, on trouve une recherche relative aux diverses influences qui peuvent retarder ou avancer l'époque de l'éruption. Le sexe jouerait un certain rôle, et l'éruption serait plus précoce chez les filles que chez les garçons.

Toutes ces affirmations nous paraissent bien arbitraires; elles ne portent d'ailleurs que sur les faits de la première dentition, et sont, en tout cas, fort incomplètes. Il n'est pas dit sur quel chiffre d'observations les moyennes ont été établies, et lorsqu'il nous a été donné de les contrôler, nous sommes parvenu à des résultats fort différents.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré comprennent une période d'une dizaine d'années, ils portent sur un nombre considérable d'observations. Nous les avons résumées sous forme de tableau d'ensemble. On voit dans ce tableau ci-contre et placées par colonnes parallèles :

1° L'ordre de succession physiologique des dents pour les deux dentitions.

2° L'époque d'apparition première du follicule, c'est-à-dire la genèse du cordon épithélial primitif.

3° L'époque normale d'éruption. Cette dernière a été fixée en moyenne sur un minimum de *cinq cents* observations.

4° L'époque de la chute spontanée.

Ces documents, relevés pour la première dentition, ne figurent pas à l'égard de la seconde. C'est qu'en effet il est impossible de fixer la date de la chute sénile des dents permanentes par des raisons que nous établirons plus loin.

5° Enfin dans une cinquième colonne nous avons établi une nouvelle division de la dentition humaine, elle comprend *cinq* phases parfaitement distinctes et successives, suivant un ordre rigoureusement physiologique. On peut dire ainsi qu'il y a en réalité *cinq* dentitions ou *cinq* périodes, la première seule caduque, et les quatre autres défi-

ORDRE DE SUCCESSION.	ÉPOQUE d'apparition du follicule.	ÉPOQUE d'éruption.	ÉPOQUE de la chute spontanée.	DIVISION de la totalité de la dentition humaine en 5 périod.	
A. Tableau de l'évolution de la première phase (1^{re} dentition. Dents temporaires.					
Incisives centrales inférieures.....	65 ^e jour après la conception....	7 ^e mois.	7 ^e année.	1 ^{re} période 20 dents.	
Incisives centrales supérieures.....	70 ^e jour.....	10 ^e mois.	7 ans 1/2.		
Incisives latérales inférieures.....	80 ^e jour.....	16 ^e mois.	8 ^e année.		
Incisives latérales supérieures.....	65 ^e jour.....	20 ^e mois.			
Prémolaires inférieures.....	.....	24 ^e mois.	10 ^e année.	
Prémolaires supérieures.....	.....	26 ^e mois.	10 ans 1/2.	
Molaires inférieures.....	Du 85 ^e au 100 jour.....	28 ^e mois.	10 ^e année.		
Molaires supérieures.....	.....	30 ^e mois.	11 ans 1/2.	
Canines inférieures.....	.....	Du 30 ^e au 33 ^e mois.	12 ^e année.	
Canines supérieures.....	.....	.....	.....
TOTAL..... 20 dents.					
B. Tableau de l'évolution de la seconde phase (2^e dentition. Dents permanentes.					
Premières molaires inférieures.....	Vers le 90 ^e jour après la conception.....	De 5 à 6 ans.	.....	2 ^e période 4 dents.
Premières molaires supérieures.....	Vers le 100 ^e jour après la conception.....				
Incisives centrales inférieures.....	.....	7 ^e année.	.	3 ^e période de 20 dents.
Incisives centrales supérieures.....	.....			
Incisives latérales inférieures.....	.....	8 ans 1/2.	.	
Incisives latérales supérieures.....	.....			
Premières prémolaires inférieures.....	Du 110 au 120 ^e jour.	De 9 à 12 ans.	.		
Premières prémolaires supérieures.....	.....			
Deuxièmes prémolaires inférieures.....	.....	11 ^e année.	.	4 ^e période 4 dents.
Deuxièmes prémolaires supérieures.....	.....			
Canines inférieures.....	.....	De 11 à 12 ans	.	
Canines supérieures.....	.....			
Deuxièmes molaires inférieures.....	.....	De 12 à 13 ans	.....	5 ^e période 4 dents.
Deuxièmes molaires supérieures.....	Vers le 3 ^e mois.				
Troisièmes molaires inférieures.....	A la 3 ^e année.	De 18 à 25 ans	.....	5 ^e période 4 dents.
Troisièmes molaires supérieures.....					
TOTAL..... 32 dents				52 dents.	

nitives. Ces périodes comprennent des groupes de dents parfaitement définis et variable dans le nombre des pièces qui les composent. Ainsi, tandis que le premier groupe comprend *vingt* dents, le second se compose de *quatre* pièces seulement, lesquelles apparaissent au delà de la série des précédentes, et sans qu'aucune de celles-ci ait encore effectué sa chute.

C'est le troisième groupe qui est appelé à remplacer le premier, et cela par un nombre identique de dents.

Les deux dernières périodes appartiennent aux deuxième et troisième molaires permanentes.

Cet ensemble de documents relatifs aux époques de genèse, d'éruption et de chute physiologiques du système dentaire, devrait se compléter de données concernant les phases mêmes du développement folliculaire, soit chez l'embryon, soit chez l'enfant.

Nous avons déjà publié à cet égard des considérations qui parlent de l'évolution fœtale (1). Nous les reproduisons ici tant à l'égard de la détermination des périodes du développement qu'au point de vue médico-légal pour la recherche de l'identité et pour celle de l'âge du produit expulsé dans le cas d'avortement ou de fœticide. (V. tableau p. 398).

Aux considérations relatives au mode d'éruption des dents, nous pourrions en ajouter d'autres non moins importantes au sujet des changements de forme que subissent les mâchoires pendant la double période d'évolution des dents temporaires et des définitives. Des recherches déjà anciennes de Miel (2) avaient établi que l'accroissement en longueur des maxillaires s'effectuait exclusivement aux dépens de la portion de l'os située au delà de la série des dents temporaires, c'est-à-dire dans la branche ascendante qui exécute en arrière un mouvement de retrait progressif et proportionnel aux phases mêmes de l'évolution dentaire. La simple observation de la dentition de l'enfant, dont les pièces conservent invariablement leur position et leurs rapports de contiguïté, sans présenter à aucune époque ni écartement ni disjonction, en pouvait déjà fournir la preuve, mais en outre l'étude attentive d'une série de maxillaires aux différents âges, en prenant certains points de repère fixes, comme les trous mentonniers par exemple, permet de fixer mathématiquement ce mode d'accroissement. Quant au développement des mâchoires dans le sens de l'épaisseur, les études du même observateur, confirmées depuis lors par Tomes (3), Kœlliker et Humphrey (4), ont établi que ces os augmentaient de volume aux dépens de la surface externe, tandis que l'interne restait invariable. Il résulte de là que la courbe des maxillaires, dès le moment où est achevée l'é-

(1) Voyez Comptes-rendus et Mém. de l'Acad. des sciences, 1874. 27 avril.

(2) Recherches sur la seconde dentition, 1826, Paris, p. 69 et pl. 1 et 2.

(3) Chirurgie dentaire, traduction française de Darin, 1873, p. 19.

(4) British journal of dental science, t. VI, p. 548.

ruption des dents temporaires, est définitivement fixée. Il en est de même de l'axe de l'arcade dentaire, c'est-à-dire de la ligne fictive qui passerait par le centre des couronnes de dents; de telle sorte qu'en prolongeant en arrière cette ligne, on détermine exactement avec le prolongement de l'arcade dentaire la situation et la direction des dents futures qui vont évoluer au delà de la série des dents temporaires.

Nous n'insistons pas davantage sur ces remarques qui appartiennent d'ailleurs aux phénomènes du développement des mâchoires et sur lesquelles nous nous sommes déjà étendu dans un autre travail (1).

Quoi qu'il en soit de toutes ces considérations touchant l'époque physiologique de l'éruption, il faut remarquer, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que ces dates diverses sont soumises, dans l'état normal, à certaines variations. C'est surtout pour la première dentition que ces différences sont intéressantes à signaler.

Dans un relevé de naissances observées à la Maternité de Paris pendant une période de dix années, de 1858 à 1868, sur 17,578 nouveau-nés, trois seulement présentaient des dents : deux sont nés avec deux incisives centrales supérieures, le troisième avec les deux inférieures. Il y avait, en outre, 13 becs-de-lièvre, une tumeur érectile de la gencive, une division du voile.

Dans un travail publié à Moscou par le D^r Bensengre (2), l'époque d'apparition de la première dent se décompose ainsi qu'il suit sur 25 enfants :

A la naissance.....	0
1 ^{er} mois.....	0
2 ^e — — — — —	1
3 ^e — — — — —	3
4 ^e — — — — —	8
5 ^e — — — — —	35
6 ^e — — — — —	43
7 ^e — — — — —	104
8 ^e — — — — —	88
9 ^e — — — — —	43
10 ^e — — — — —	80
11 ^e — — — — —	33
12 ^e — — — — —	63
2 ^e année. — — — — —	22
3 ^e année. — — — — —	2 (rachitiques).
Total.....	525

(1) Voy. art. BOUCHE in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1869, t. X, p. 196.

(2) Bulletin de la société des naturalistes de Moscou, 1870.

ÉTAT de l'évolution folliculaire aux différents âges de la vie embryonnaire chez l'homme.

ÉTAT DE L'EMBRYON.			DÉSIGNATION DES FOLLICULES.									
Sa longueur du vertex aux talons.	Son poids total.	L'âge corres- pondant.	DENTITION TEMPORAIRE.					DENTITION PERMANENTE.				
			Incisive centrale.	Incisive latérale.	1 ^{re} molaire.	2 ^e molaire.	Canine.	Incisive centr.	Incisive latérale.	Canine.	1 ^{re} prémol.	2 ^e prémol.
3 centim.	3 à 3 gr. 1/2.	7 ^e semaine.	A cette date on n'observe au bord des mâchoires de l'embryon que le bourgeon épithélial et la lame de Kolliker. Les bourgeons des os maxillaires supérieurs et incisifs ne sont pas soudés et l'arc maxillaire inférieur ne contient que le cartilage de Meckel sans aucune trace osseuse. C'est dans le cours de cette septième semaine que se forment successivement, et dans l'ordre de leur désignation, les cordons épithéliaux (organes de l'émail) de la dentition temporaire.					Aucune trace de ces follicules.				
3 à 4 cent.	10 à 12 gr.	9 ^e semaine.	A cette date apparaît, en regard de l'extrémité plongeante du cordon épithélial, la première trace du <i>bulbe</i> . Cette genèse a lieu à peu près simultanément ou à un jour ou deux d'intervalle pour la même série des follicules temporaires.					Aucune trace de ces follicules.				
4 à 6 cent.	45 à 48 gr.	10 ^e semaine.	A ce moment la paroi folliculaire se détache de la base du bulbe pour s'élever sur les côtés. Cette genèse s'effectue dans le même ordre que les précédentes.					Aucune trace de ces follicules.				
15 à 18 cent.	100 à 120 gr.	15 ^e semaine.	La paroi folliculaire continue son évolution. Le bourgeon épithélial commence sa transformation en organe de l'émail.					Apparition du cordon épithélial par dérivatif du cordon primitif de chaque dent, les dents caduques correspondant de la lame.				
		16 ^e	La paroi folliculaire est élevée; le cordon épithélial est rompu et le follicule est dès lors indépendant de l'organe de l'émail.					Apparition du cordon épithélial par dérivatif du cordon primitif de chaque dent, les dents caduques correspondant de la lame.				

20 à 24 cent. 180 à 250 gr.	17 ^e semaine.	Inclusiv. / exclusiv. centralis. / latéralis.	Appar. du chapeau de dentine.	1 ^{re} molaire.	2 ^e molaire.	Appar. du chapeau de dent.	Ganine.
			Appar. du chapeau de dentine.	Appar. de chapeau de dentine.			
21 à 24 cent. 220 à 250 gr.	18 ^e semaine (4 mois).						
25 à 27 cent. 280 à 450 gr.	20 ^e semaine.	DIMENSIONS EN HAUTEUR VERTICALE DU CHAPEAU DE DENTINE.					
		1 mm, 5	1 mm, 5	1 mm	1 mm	1 mm, 5	
32 à 35 cent. 1 kg. à 1 kg., 500	25 ^e semaine (6 mois).	1 mm, 9	1 mm, 9	1 mm, 4	1 mm, 4	1 mm, 9	La paroi folliculaire apparue après la vingt et unième semaine, a déjà acquis un certain développement.
37 à 39 cent. 1 kg., 500 à 2 kg.	28 ^e semaine 6 m. 1/2.	2 mm, 4	2 mm, 4	2 mm	2 mm	2 mm, 4	La paroi folliculaire continue son évolution ; le bourgeon épithélial commence sa transformation en organe de l'émail.
40 à 42 cent. 2 kg. à 2 kg., 500	32 ^e semaine 7 m. 1/2.	2 mm, 9	2 mm, 9	2 mm, 4	2 mm, 4	2 mm, 9	Les chapeaux de dentine qui recouvrent les sommets bulbaires sont soudés.
44 à 47 cent. 2 kg., 500 à 3 kg.	36 ^e semaine 8 m. 1/2.	3 mm	3 mm	2 mm, 8	2 mm, 8	3 mm	Le chapeau de dentine a 1 mm, 8 à 1 mm de hauteur verticale.
45 à 52 cent. 3 kg. à 3 kg., 500	29 ^e semaine (9 mois)	3 mm, 5	3 mm, 5	3 mm	3 mm	3 mm, 5	Le chapeau de dentine a 1 mm à 2 mm de hauteur verticale.

Nos observations personnelles, faites sur un nombre de 500 enfants nouveau-nés, dans les conditions de santé normales et dans notre race française actuelle, nous ont fourni sur l'apparition de la première dent les résultats suivants :

A la naissance.....	1
1 ^{er} mois.....	2
2 ^e — — — — —	3
3 ^e — — — — —	9
4 ^e — — — — —	10
5 ^e — — — — —	39
6 ^e — — — — —	45
7 ^e — — — — —	105
8 ^e — — — — —	88
9 ^e — — — — —	49
10 ^e — — — — —	89
11 ^e — — — — —	38
12 ^e — — — — —	12
2 ^e année. — — — — —	10
<hr/>	
Total.....	500

Si nous passons maintenant à l'étude des anomalies proprement dites que présentent les phénomènes d'évolution, nous décrirons, ainsi que nous l'avons établi par la division de notre sujet :

1^o l'éruption précoce;

2^o l'éruption tardive.

Quant à la *chute* des dents temporaires, qui pourrait être aussi considérée tératologiquement sous les deux points de vue de *chute tardive* ou *chute précoce*, nous dirons que notre intention est de ne pas nous occuper en particulier de cet ordre de faits; car les conditions de chute des dents temporaires étant intimement liées comme phénomènes conséquents, à l'éruption prématurée ou retardée des dents permanentes, ces considérations n'auraient aucune portée ni aucune valeur particulières.

Nous avons dit en effet, à plusieurs reprises, dans le cours de ce travail, que la raison physiologique de la chute d'une dent temporaire était l'évolution et la sortie de la dent permanente correspondante, et, en ce qui concerne la chute de celle-ci, l'époque à laquelle elle peut être fixée physiologiquement paraît bien difficile à préciser,

car elle ne tendrait à rien moins qu'à résoudre cette question : les dents permanentes de l'homme tombent-elles avant la fin de la vie, à un âge déterminable, ou doivent-elles accompagner l'individu jusqu'à la mort sénile? Nous pouvons répondre, à cet égard, que ce phénomène, même dans les conditions physiologiques, nous paraît être soumis à des variations bien grandes. S'il nous fallait ici fixer une date, nous dirions que la chute sénile des dents ne saurait être admise avant 70 ans. Il est, toutefois, une remarque qui nous a frappé à ce point de vue, c'est que les crânes de vieillards qui figurent dans nos collections anthropologiques, ceux des races primitives et préhistoriques, par exemple, présentent très-rarement une absence complète de dents. Il s'ensuivrait de là que la chute des dents avant le terme physiologique de la vie pourrait être attribuée à un ensemble de circonstances pathologiques qui produisent, soit la destruction progressive de ces organes, soit leur chute totale.

(A suivre.)

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE PÉRITONÉALE

DE SON DIAGNOSTIC ET DE SON TRAITEMENT.

(8^e ET DERNIER ARTICLE)

2^e Du traitement des grossesses extra-utérines péritonéales qui ont dépassé le cinquième mois.

Il résulte des considérations exposées dans le chapitre précédent que la chirurgie a de bien rares occasions d'intervenir, *utilement*, pendant la période que j'ai examinée. Nous allons voir qu'il n'en est plus de même dans celle que je vais étudier maintenant. Disons d'abord qu'à cette période, l'incertitude du diagnostic a presque toujours cessé, et qu'on est même définitivement renseigné sur la nature de la grossesse extra-utérine, l'expérience ayant appris que les péritonéales étaient à peu près les seules qui pussent durer aussi longtemps sans entraîner la rupture du kyste.

Quoi qu'il en soit, et en admettant qu'on ait pris les précautions qui

permettent de donner au diagnostic toute la certitude qu'il est possible de lui donner, il importe, pour pouvoir discuter et bien juger les indications qu'on est appelé à remplir d'établir une première distinction et d'examiner séparément les cas dans lesquels le fœtus continue à vivre, ce qui est démontré par la perception des battements de son cœur, et ceux où il est mort depuis un temps plus ou moins long, circonstance qui peut faire naître des complications très-variables et conduire à des applications thérapeutiques diverses.

En se plaçant au premier point de vue, il est une double question qu'il faut d'abord résoudre. Les enfants, dans les gestations anormales qui nous occupent, peuvent-ils se développer de manière à devenir viables ? Ce développement ne peut-il pas durer jusqu'à la fin du neuvième mois comme dans les grossesses ordinaires ? les faits relativement nombreux qu'on trouve dans les recueils périodiques, plusieurs de ceux qui m'appartiennent, et qui sont rapportés dans ce travail, répondent affirmativement et tracent tout naturellement la conduite du chirurgien. Comme dans les cas ordinaires, il ne doit pas oublier que si, avant tout, il doit protection à la vie de la mère, il est aussi de son devoir de tenter quelque chose pour sauvegarder celle de l'enfant. Ici, peut-être plus que dans toute autre circonstance, il doit s'affermir dans cette règle de conduite qui, à tout prendre, est la plus favorable aux deux existences qui sont en jeu.

Mais quel est le moment précis qu'il faut choisir pour pratiquer la gastrotomie qui est, en définitive, la seule ressource capable de faire atteindre le double but que j'ai fait entrevoir ? D'après ce que j'ai vu, il ne me paraîtrait pas prudent d'attendre jusqu'à la fin du neuvième mois ; si quelques femmes sont arrivées jusqu'à ce terme, et si quelques-unes même l'ont dépassé avant que les phénomènes qui précèdent ou qui accompagnent la mort des enfants se soient manifestés, je craindrai, en comptant sur le signal donné par la nature, d'être pris à l'improviste, et de perdre par une temporisation dangereuse, en même temps qu'elle est inutile, le bénéfice d'une intervention plus hâtive. Ce qu'il faut, c'est que la viabilité de l'enfant ne soit pas douteuse ; or l'expérience nous apprend que, dans ces grossesses extra-utérines, le développement fœtal qui n'est peut-être pas, en général, aussi complet que dans les grossesses utérines, marche cependant d'une manière suffisante pour qu'à la fin du huitième mois, et dans le commencement du neuvième surtout, il offre des garanties nécessaires pour le maintien de la vie extérieure ; c'est donc à cette dernière épo-

que que, pour mon compte, je me déciderai à intervenir. Je ne me départirai de cette règle de conduite que si l'espèce de travail que la nature entreprend presque toujours, quand elle veut mettre un terme à la contrainte que lui impose la formation d'un kyste dans des conditions pour lesquelles elle n'était pas préparée, se déclarait plus tôt que d'habitude, mais à une époque assez avancée, cependant, pour qu'on pût compter encore sur la vie de l'enfant. La crainte de la rupture du kyste ne doit pas être prise, ici, en grande considération : c'est un accident fréquent dans les grossesses tubaires; il est infiniment rare au contraire dans les grossesses péritonéales, tant que le fœtus n'a pas cessé de vivre. Levret ne mettait pas en doute que la gastrotomie fût indiquée dans la condition que j'ai supposée. Ce qu'il y a de douteux, disait-il, ce n'est pas la nécessité de l'opération, mais c'est l'incertitude qui peut exister sur la réalité de la grossesse extra-utérine.

Gardien est plus explicite encore (1). La crainte de l'hémorrhagie ne doit pas empêcher de pratiquer la gastrotomie, puisque la malade périrait aussi d'hémorrhagie. En confiant la délivrance à la nature, il est probable que la poche se rompra. Par l'incision, on peut assurer la vie de l'enfant et celle de la mère; on doit la faire quand il est mort pour conserver la mère. On peut laisser le placenta dans le sein de la mère s'il n'est pas expulsé. Cette putréfaction du placenta n'est pas exempte de danger; mais elle aura également lieu, si l'on n'opère pas, et elle sera bien plus dangereuse, puisque à sa destruction se joindra celle du fœtus.

Voici comment Velpeau apprécie la question (2). Après avoir dit que la gastrotomie comptait déjà quelques succès, il ajoute : « Les craintes de Levret et de Sabatier relatives à l'hémorrhagie, à la suppuration et à la blessure du péritoine sont évidemment exagérées. A *priori*, la gastrotomie semblerait même devoir être bien moins souvent fatale qu'on ne le pense généralement. Il est tout simple que, pratiquée en désespoir de cause, elle n'ait pas toujours empêché la mort. Je pense donc avec Désormeaux que, si on y avait recours de bonne heure, lorsque le cortège formidable des symptômes inflammatoires n'est pas encore développé, avant que la péritonite ne constitue elle-même une maladie mortelle, on sauverait un grand nombre de fem-

(1) Gardien, *Traité d'accouchement*, t. I, p. 317.

(2) Dictionnaire de médecine en 30 vol.

mes. Il est bon de remarquer au surplus que le kyste acquiert rarement un développement considérable sans contracter des adhésions avec les points correspondants des parois du ventre. »

L'opinion de Kiwisch (1) est tout aussi favorable : « Quand l'enfant est près du terme, qu'il est vivant, l'opération césarienne est formellement indiquée. On peut patienter tant qu'il ne se manifeste aucun symptôme inquiétant. Mais il faut y avoir recours aussitôt que ces derniers apparaissent ou que les douleurs du travail commencent. Si les jours de la mère sont en danger, l'opération est indiquée déjà à la trentième ou trente-sixième semaine. » J'ajouterai que, dans la plupart des traités d'accouchements modernes, la question est résolue absolument de la même façon.

Tous les auteurs, qui se sont occupés de ce sujet, n'ont pas émis une opinion favorable à la gastrotomie. Sabatier (2), par exemple, qui, sans se montrer absolument contraire, met en avant une série d'objections qui ne me paraissent pas très-sérieuses, aujourd'hui surtout que l'anatomie des grossesses extra-utérines est mieux connue. C'est ainsi qu'il se demande, si on est sûr que la poche pourra se contracter et que l'incision ne sera pas suivie d'hémorrhagie mortelle? S'il sera possible de décoller le placenta et d'extraire le corps du fœtus tout entier? Par où s'écouleront les liquides analogues aux lochies; si en s'épanchant dans le péritoine, ils ne feront pas mourir les femmes? La vie de l'enfant lui paraît d'ailleurs si précaire, qu'il paraît très-disposé à n'en pas tenir un grand compte. Siebold (3) repousse l'opération sans aucune hésitation. « Le relevé des faits démontre selon lui, que la nature élimine le plus souvent l'enfant avec succès, l'expectation semble indiquée. L'axiôme *« melius est remedium anceps quam nullum »* n'est pas applicable ici, et le rôle du chirurgien se borne à venir en aide à la nature quand il peut. » Gerdy (4), dans un rapport à l'occasion d'une opération de gastrotomie pratiquée par M. Mathieu, n'en reconnaît l'utilité que dans des conditions très-exceptionnelles, et il résume sa pensée en disant qu'il aime mieux, quand il ne peut pas sauver une malheureuse, la laisser mourir que de la tuer.

Ici, comme toujours, les faits valent mieux que les raisonnements,

(1) *Klinische Vorrreage*, t. II.

(2) *Médecine opératoire* (1796).

(3) *Journal de Siebold*, t. XVII, p. 208.

(4) *Archives générales de médecine*, t. VI.

et ils parlent en faveur de la gastrotomie. Voici ceux, qu'après de laborieuses recherches M. Keller a pu réunir :

1^o l'observation de Schreyer. Les douleurs avaient commencé le 24 août, et on ne se décida à l'opération que le 16 septembre l'enfant vivant toujours. Celui-ci fut extrait en parfait état, et a continué à vivre. Après divers accidents, la mère était définitivement guérie le vingtième jour. (*Monatsch. für Geburt.*, t. XIV, p. 283.)

2^o l'observation de Heim. Après quatre jours de douleurs et d'efforts inutiles, la mère consentit à l'opération qui fut faite par le Dr Brückert. Des adhérences n'étant pas établies, les intestins s'échappèrent. Le kyste était rompu, et les jambes de l'enfant passaient par la déchirure. L'enfant fut retiré vivant. Une péritonite suraiguë emporta la femme le troisième jour. (*Rust. Magaz.*, t. III, p. 1.)

3^o Dans le cas de Mattfeld, la grossesse anormale ne fut reconnue que lorsqu'un faux travail durait déjà depuis huit jours. Le kyste n'était pas adhérent. L'enfant fut retiré vivant. Quant à la mère, elle succomba le vingtième jour. Les écoulements étaient devenus fétides. Il y eut plusieurs hémorrhagies et une péritonite. (*Neue Zeitsch.*, t. I, p. 134.)

4^o Dans la *Neue Zeitsch. für Geburt.* se trouve indiquée une observation de gastrotomie pratiquée pour une grossesse extra-utérine. La femme mourut cinquante-six heures après, l'enfant ne vécut que quarante-sept heures.

5^o La femme dont le Dr Lecluyse a publié l'observation avait déjà subi l'opération césarienne pour un rétrécissement du bassin. Une grossesse abdominale qui survint plus tard nécessita la gastrotomie. L'enfant ne fut pas extrait vivant, mais il était mort depuis peu. Une péritonite suraiguë emporta la mère le huitième jour. (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1869.)

6^o La négresse qui fait l'objet de l'observation rapportée par le Dr Bale fut opérée pour une grossesse extra-utérine arrivée à terme. Le kyste n'était pas adhérent, le placenta se détacha spontanément, et l'enfant fut extrait vivant. On reconnut alors que l'utérus développé contenait un second enfant, on pratiqua l'hystérotomie, et on retira un deuxième enfant vivant. La femme succomba le septième jour. (*Americ. Journ.*, N. S., 1871.)

7^o Velpeau dans son article sur la grossesse extra-utérine parle d'un fait rapporté par Muller et dans lequel la mère et l'enfant furent sauvés. (*Bulletin de la Société médicale d'émulation*, t. VIII. p. 406.)

8° Le même auteur rappelle une observation de Ring dans laquelle on voit que la mère et l'enfant furent sauvés par la gastrotomie. (*Med. Report.*, New-York, t. VIII.)

9° Dans l'observation de Gardien, il s'agissait d'une grossesse gémellaire. La même opération permit de sauver la mère et les deux enfants.

Je ne pense pas qu'il faille faire entrer en ligne de compte la gastrotomie faite par M. Kæberlé en 1863. La mère était mourante quand l'opération fut décidée. On ne parvint pas même à sauver l'enfant qui était probablement déjà mort. (*Gazette médicale de Strasbourg*.)

En ne s'occupant que de neuf premières observations, on constate que 7 enfants ont été extraits vivants. Quant aux mères, 4 ont été sauvées. De pareils résultats sont déjà fort encourageants, et il n'est pas douteux qu'ils n'eussent été plus favorables encore, si on se fût décidé à intervenir plus tôt, surtout avant l'apparition d'accidents graves qui existaient déjà dans plusieurs des observations rapportées plus haut.

Dans quelques cas particuliers, on a proposé de substituer la vaginotomie à la gastrotomie ; on s'accorde généralement à regarder la première de ces opérations comme moins dangereuse. Évidemment, pour qu'on puisse y recourir, il faut que le kyste soit en partie logé dans le cul-de-sac péritonéal postérieur, et que l'une ou l'autre des extrémités de l'enfant y soit profondément engagée. Les opérations de ce genre s'appliquant à des enfants vivants qu'on veut faire naître par cette voie, sont peu nombreuses dans la science ; on ne connaît guère que trois, celle du D^r Normann, celle du D^r Caignou et celle de John King. Dans la première, la mère mourut quelques jours après d'une péritonite suraiguë. Dans la deuxième, un fœtus vivant, mais non à terme, fut extrait. Enfin dans la troisième, le succès fut complet pour la mère et pour l'enfant.

Voyons maintenant quelle est la conduite à tenir dans les cas où on n'a pas suivi la grossesse extra-utérine depuis le début et où le fœtus est déjà mort quand on appelle auprès de la femme. Je ne dirai pas que cette dernière circonstance a simplifié la question, car, quoique le fœtus ne soit plus en cause, je ne suis pas convaincu que la situation de la mère s'en trouve beaucoup améliorée. D'une manière générale, je crois qu'on peut admettre que moins la grossesse est avancée et plus on peut espérer que, les réactions inflammatoires restant dans des limites modérées, on verra le kyste s'affaïsser et le fœtus se mo-

mifier en quelque sorte sans subir la décomposition putride qui constitue, sans aucun doute, la terminaison la plus grave qui puisse se produire. Tout n'est pas dit cependant quand la mort de l'enfant n'entraîne pas dans les premiers temps des accidents sérieux, ou quand on est parvenu à les conjurer par un traitement convenable. Pendant longtemps encore des complications formidables peuvent surgir. Le kyste peut se rompre et donner lieu à une péritonite mortelle; il peut s'enflammer, suppurer et produire toutes les conséquences de la septicémie. L'observation que je vais rapporter et que j'ai eu occasion d'étudier récemment dans mon service de la Clinique est un exemple remarquable de ce que j'avance. Quand la femme quitta mon service, son état paraissait très-rassurant, la fièvre avait cessé; la régression du kyste faisait des progrès rapides, et on pouvait espérer une guérison définitive; mais une fois rentrée chez elle, la femme n'y trouva pas les conditions de bien-être dont je l'avais entourée à l'hôpital. Elle fut en outre profondément agitée par la disparition de son mari qui l'avait abandonnée en déménageant furtivement. Pour le retrouver, elle fit des courses longues et fatigantes, et les accidents graves qui reparurent brusquement obligèrent ses voisins à la transporter dans l'hôpital le plus proche.

ONZIÈME OBSERVATION.

Grossesse extra-utérine péritonéale d'environ huit mois. — Le fœtus avait succombé au début du sixième mois. — Mort de la femme. — Autopsie.

(Cette observation a été recueillie par M. PINARD, mon chef de Clinique.)

La nommée B..., âgée de 27 ans, employée à la manufacture des tabacs, entre le 24 janvier 1875 à la Clinique d'accouchements dans le service de M. le Dr Depaul.

Voici, au point de vue de ses antécédents, les renseignements qui nous ont été donnés par la malade elle-même.

Aucune maladie pendant son enfance; réglée à 14 ans, et depuis très-régulièrement.

Première grossesse à 18 ans, normale; accouchement naturel. Depuis cet accouchement, bonne santé générale; les règles revinrent régulièrement jusqu'au 20 juillet 1874. Lors de cette dernière période menstruelle, cette femme remarqua que le sang était plus noir que d'habitude, de plus l'écoulement sanguin ne se montra que pendant une demi-journée, au lieu de durer deux jours comme à toutes les autres époques.

Bientôt après se montrèrent des phénomènes sympathiques de la gesta-

tion, nausées, vomissements alimentaires, puis un amaigrissement considérable.

Au commencement du mois d'août, douleurs abdominales, intermittentes et très-vives, surtout au niveau du côté droit. Pertes blanches très-abondantes. Pas de troubles dans la miction ni dans la défécation. A partir de cette époque, ces douleurs abdominales devinrent plus intenses, surtout pendant la nuit. La station debout était pénible et la marche devenant impossible, la malade entra à l'hôpital de la Pitié, le 26 août, dans le service de M. Gallard. Elle y resta jusqu'au 4 octobre. Pendant son séjour dans ce service, on l'examina au spéculum plusieurs fois et on lui ordonna le repos au lit, et on lui appliqua presque constamment des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Vers la fin de septembre, on lui appliqua un vésicatoire au niveau de la fosse iliaque droite. La nuit qui suivit cette application, elle éprouva une métrorrhagie assez abondante qui lui procura un grand soulagement. Enfin le 4 octobre, elle sortit se trouvant sinon tout à fait guérie, au moins notablement soulagée. Rentrée chez elle cet état de santé relativement bon, ne dura pas; sans souffrir beaucoup, elle ne put cependant reprendre immédiatement ses occupations. Elle avait toujours des pertes blanches et éprouvait de temps en temps des douleurs abdominales assez vives. Vers le 1^{er} décembre, elle reprit quand même ses travaux, mais d'une façon irrégulière, car elle ressentait continuellement un grand malaise. Le 15 décembre, elle recommença à perdre un peu de sang peu coloré. Cet état dura deux jours.

Le 16 janvier suivant, étant à son atelier, elle fut prise tout à coup de douleurs vives dans le bas-ventre et dans les reins, en même temps elle se sentit mouillée, et en regardant elle vit qu'elle perdait du sang pur. Elle rentra chez elle et se coucha. Le lendemain après des douleurs qui étaient aussi vives que celles qu'elle avait éprouvées lors de son premier accouchement, elle expulsa avec des caillots, un *morceau de chair plat et recouvert de filaments* : il avait une épaisseur de 5 à 7 millimètres. Cette femme, qui est très-intelligente insiste beaucoup sur ces différents points. Malheureusement on ne conserva pas cette membrane.

Les 17, 18, 19 et 20, les douleurs persistèrent à se montrer toutes les demi-heures environ; elles étaient assez fortes pour lui faire pousser des cris. L'écoulement sanguin dura tout ce temps, mais diminua un peu le 21.

Le 22, les douleurs étaient si intenses et les cris si perçants, que son mari alla chercher une sage-femme, croyant qu'elle allait faire une fausse couche. La sage-femme, après l'avoir examinée, lui dit, qu'elle était enceinte, qu'elle allait probablement faire une fausse couche, et que de plus, ayant reconnu qu'il y avait en elle quelque chose qui n'était pas naturel, elle l'engageait à aller à la Clinique.

Etat de la femme à son arrivée dans le service. L'état général est bon, cette femme est brune et bien développée. Il n'y a pas de fièvre. Les muqueuses sont légèrement décolorées.

Les seins sont développés, l'auréole est brune, et les tubercules de Montgomery hypertrophiés. Par la pression il s'écoule du mamelon, en assez

grande abondance, un liquide jaunâtre, qui, examiné au microscope, n'est pas autre chose que du colostrum. Le ventre est irrégulièrement développé. Depuis quelques jours, nous dit cette femme, son ventre s'est affaissé.

En pratiquant le palper, on rencontre une tumeur qui occupe à peu près toute la région hypogastrique. Aplatie à gauche, elle est mamelonnée à droite où elle remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Malgré l'épaisseur assez considérable de la paroi abdominale, on arrive à rencontrer et à délimiter à droite deux tumeurs, l'une supérieure et l'autre inférieure. La supérieure est dure, irrégulière, et semble se continuer avec la masse que l'on sent à gauche; il est impossible de sentir nettement des petites parties fœtales. La tumeur inférieure est de forme ovulaire, dépasse le pubis de 5 à 6 centimètres, et mesure dans sa plus grande largeur environ 8 centimètres. Elle ne semble affecter avec les parties environnantes que des rapports de contiguité. À gauche, il y a de la résistance, mais pas de fluctuation.

L'auscultation, pratiquée avec soin, ne fait entendre ni le souffle utérin, ni les doubles battements du cœur fœtal.

En pratiquant le toucher vaginal, le doigt rencontre immédiatement une tumeur qui remplit en partie l'excavation. Le col est porté en avant et en haut, il est en rapport avec la face postérieure de la symphyse. Outre ces modifications de situation, il en présente d'autres dans sa forme et sa consistance. Il a conservé à peu près sa longueur normale, il est ramolli seulement dans ses parties superficielles, et l'orifice externe est assez ouvert pour permettre l'introduction du doigt qui arrive facilement jusqu'au niveau de l'orifice interne. En pénétrant dans le canal cervical, le doigt éprouve une sensation particulière, on dirait que le col a été évidé.

En joignant le palper abdominal au toucher, on obtient des renseignements importants. D'abord, les mouvements communiqués par le doigt à l'utérus sont immédiatement perçus par la main placée sur la tumeur inférieure. A un moment, pendant cet examen, la femme fut prise de douleurs très-vives, alors la main sentit nettement la tumeur durcir, devenir globuleuse, puis reprendre une minute après sa consistance habituelle. Le doigt introduit dans le col au même moment, perçut aussi la contraction.

La femme perd continuellement un liquide séro-sanguinolent peu abondant.

Quant à la tumeur, elle occupe surtout le côté gauche de l'excavation. Le cul-de-sac postéro-latéral gauche est effacé. Les parois de la tumeur sont résistantes et paraissent avoir une certaine épaisseur. Il n'y a pas de fluctuation, et on ne peut non plus éprouver la sensation d'un corps solide flottant dans un liquide. Par le toucher rectal, en pénétrant assez profondément, il semble qu'en déprimant les parois de la tumeur, on arrive sur des parties dures, irrégulières et mobiles.

Nous devons ajouter que la femme nous affirme n'avoir jamais senti remuer son enfant.

En présence de ces symptômes, avant même d'avoir pratiqué le cathétérisme utérin, M. Depaul n'hésita pas à porter le diagnostic suivant :

Grossesse extra-utérine, kyste fœtal développé dans le cul-de-sac recto-utérin, enfant mort probablement depuis quelques jours. Il y a eu là, dit M. Depaul un *véritable travail*, mais la femme a *accouché en dedans*.

Trait. Repos absolu. Lavements laudanisés matin et soir, cataplasmes laudanisés en permanence; bouillon et lait.

Le lendemain, les douleurs étaient moindres, le pouls normal ainsi que la température. Le surlendemain, M. Depaul pratiqua le cathétérisme utérin, l'hystéromètre pénétra à une profondeur de 6 centimètres 1/2.

Les jours suivants, l'état général devenant meilleur, on prescrivit un degré, continuant seulement l'usage des lavements et des cataplasmes. Les nuits étaient excellentes et les douleurs très-faibles.

Les seins laissent toujours écouler par la pression un liquide plus blanc que lors de son arrivée. Examiné au microscope, on trouve que ce liquide est du lait pur, sans corpuscules de colostrum. Les globules de lait sont ou très-gros ou très-petits, il n'y en a pas de moyens.

Vers les premiers jours de février, elle se sentit plus fatiguée, l'appétit disparut et survinrent des douleurs dans toute la région hypogastrique, ainsi que de la fièvre.

Le 3 février, la température axillaire était à 39°.

Le 4	matin	38,0	soir	39,0	pouls	112	Même
Le 5	—	38,1	—	39,4	—	120	état
Le 6	—	38,4	—	39,4	—	120	général.
Le 7	—	38,4	—	39,4	—	120	—
Le 8	—	38,3	—	39	—	120	—
Le 10	—	37	—	38,3	—	104	—
Le 12	—	37	—	37,5	—	84	—

A partir de ce moment la sensibilité du ventre disparut et l'état général redevint excellent.

En pratiquant à ce moment le palper et le toucher, on observa quelques modifications. La portion de la tumeur située à droite devenait bien moins saillante, de plus la tumeur entière était moins élevée que lors de l'entrée de la malade.

Par le toucher, au contraire, on trouve la tumeur remplissant presque complètement l'excavation. Le col de l'utérus est porté tout à fait à droite, il est aplati entre la tumeur d'une part et la paroi osseuse du bassin d'autre part.

A ce moment la femme éprouve de la difficulté dans la défécation. Mais les lavements émollients suffisent pour entretenir la liberté du ventre. Pas de trouble du côté de la miction. L'écoulement sanguinolent a complètement disparu.

Vers les premiers jours du mois de mars, on permet à la malade de se lever. Elle n'en éprouve aucun malaise. Enfin le 12, elle demande à s'en aller. Avant de lui donner son exeat, M. Depaul l'examine une dernière fois, et voici le résultat de son examen.

Par le palper, il trouve que la tumeur a considérablement diminué. La masse dure qui était à droite au niveau de l'ombilic se rencontre au niveau de la fosse iliaque gauche. Pendant cette exploration, la femme ne manifeste aucune sensation douloureuse.

Par le toucher, on trouve le col non plus à droite, mais presque au centre de l'excavation, il est à peu près dans sa situation normale. La tumeur de l'excavation est elle-même bien moins volumineuse. Il s'est opéré en un mot au niveau du kyste un mouvement de retrait très-accusé.

L'état général est très-bon. Exeat.

Quelques jours après, parlant de ce fait à la Société de chirurgie, M. Depaul apprit d'un interne de la Pitié qui était présent à la séance, que la malade, très-peu de jours après être rentrée chez elle, avait éprouvé de très-graves accidents et qu'on l'avait apportée dans le service de M. Gombault, où elle avait succombé très-rapidement. Je dois à l'obligeance de M. Decaudie, l'interne du service de pouvoir compléter l'observation et faire connaître les détails de l'autopsie. Voici la note qui m'a été remise.

La nommée B... est admise d'urgence à la Pitié le 19 mars 1875, salle Sainte-Eugénie, n° 38.

Cette femme présente dès l'abord tous les symptômes d'une péritonite suraiguë : traits tirés, yeux brillants, respiration superficielle entrecoupée de hoquets ; une terrine posée à côté d'elle est remplie de liquide verdâtre et porracé.

La malade, interrogée, supplie qu'on ne la touche pas et raconte d'elle-même qu'elle est entrée à la Clinique, il y a environ deux mois, pour des douleurs qui lui faisaient croire qu'elle allait faire une fausse couche ; que M. Depaul a diagnostiqué « une grossesse extra-utérine et lui a dit que le fœtus se momifierait sans doute, » ces paroles sont textuelles.

Sa situation s'étant améliorée, il y a huit jours, cette femme put sortir de l'hôpital de la Clinique ; elle rentra chez elle, et là, garda le repos à la chambre, mais le 18 fit une course d'environ une demi-heure et dut s'arrêter, rentrer chez elle et se mettre au lit avec des douleurs abdominales très-vives, douleurs à la marche, en voiture, en respirant, etc., fièvre, vomissements, malaises.

Le 19 au soir elle entre à l'hôpital.

L'examen ne peut être que superficiel, et nous sommes forcés, en présence du récit de la malade et du diagnostic qu'elle se rappelle, d'abrégier autant que possible l'exploration et la vérification du diagnostic posé par le professeur de la Clinique. Le ventre n'est presque pas développé, il est aplati et dur, nous ne pouvons palper les régions iliaques assez profondément pour sentir la tumeur extra-utérine.

Le toucher vaginal pratiqué avec précaution ne nous révèle rien quant au siège de la tumeur supposée.

Temp. 39°2. Trait. Lavements laudanisés. Cataplasmes.

20 mars. La fièvre, les sueurs, la douleur, la respiration anxieuse et les cris à chaque mouvement continuent. La température se maintient très-élevée. M. Gombault fait appliquer une couche de collodion sur l'abdomen. Vomissements porracés.

Mêmes symptômes. Mort à 6 heures du soir.

21. *Autopsie.* — A l'ouverture de l'abdomen, une quantité considérable de pus sort; les intestins apparaissent météorisés et font subitement hernie après l'incision. L'épiploon, noir et couvert de fausses membranes jaunes et purulentes, recouvre tous les viscères, adhère par sa base à tout le pourtour de la cavité pelvienne. Une incision, pratiquée suivant la longueur de l'épiploon, laisse écouler des flots de pus verdâtre. Les intestins placés au-dessous sont uniformément ballonnés et cachent tous les organes du petit bassin.

En détachant les adhérences qui unissent les anses intestinales, en relevant ces viscères, on voit les fosses iliaques droite et gauche remplies de liquide, et l'on ne découvre encore aucun kyste fœtal. L'utérus n'est pas du tout développé (Il a accompli son involution comme après l'accouchement.

En plongeant les mains dans la fosse iliaque gauche, au milieu du pus et du liquide qui dérobe les annexes à la vue, nous sentons un corps dur, aplati et petit, que nous sortons sans peine. Ce corps est un os temporal. Replongeant les mains dans la même fosse iliaque, nous retirons un occipital. A une troisième tentative et toujours sans aucune peine, sans aucun déchirement, nous retirons tout le reste du fœtus qui possède encore son cordon et son placenta macérés.

Le fœtus est macéré complètement, les os sont à nu, privés de muscles et disjointes au niveau de leur articulation. Il mesure 17 cent. et paraît âgé de cinq mois.

Enlevant ensuite tous les organes du petit bassin (il nous est impossible au préalable de découvrir le moindre vestige de membrane kystique), nous avons sous les yeux l'utérus, ses annexes, la vessie et le rectum.

Les différents culs-de-sac qui entourent l'utérus à sa partie supérieure sont comblés par des fausses membranes. En disséquant avec soin, nous trouvons un utérus normal dont la cavité possède ses diamètres normaux. Le col ne présente rien de plus à signaler qu'à l'état ordinaire.

Les ligaments ronds sont intacts.

Les trompes intactes dans toute leur portion canaliculée.

Les ovaires se voient nettement et ne semblent avoir été le siège d'aucune dilatation kystique.

Les ligaments tubo-ovariens sont normaux.

Tout le cul-de-sac recto-utérin et les parties environnantes sont tapissées par une membrane plus ou moins épaisse, qu'on peut détacher par place et qui formait évidemment l'enveloppe du kyste fœtal.

Quoique ce cas ne paraisse pas favorable à la temporisation, j'espère qu'on ne sera pas tenté de m'accuser d'avoir trop compté sur les ressources de la nature, car, je pourrais répondre en rappelant qu'il y a dans la science de nombreux exemples, qui prouvent que les kystes de cette espèce peuvent demeurer pendant très-longtemps dans la cavité abdominale sans troubler la santé. Il ne faut pas oublier, en outre,

que la nature a des ressources, [et qu'elle agit souvent avec succès pour se débarrasser du corps étranger devenu dangereux. J'ai récemment observé un cas qui rentre dans la catégorie de ceux dont je parle, et pour lequel j'ai également conseillé la temporisation. Jusqu'à ce jour les choses semblent marcher de manière à faire espérer que le kyste extra-utérin ne donnera lieu à aucune complication fâcheuse. Il est vrai que, par son terme peu avancé, cette grossesse s'éloigne des faits dont il est question en ce moment ; mais il ne m'a été donné de l'étudier que depuis que mes derniers articles sont publiés, et il me paraît assez intéressant pour ne pas être passé sous silence.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Grossesse extra-utérine de trois mois environ. — Rupture probable du kyste. — Accidents inflammatoires. — Guérison.

Le 12 du mois de mars 1875, je fus prié de voir en consultation avec le docteur Henri Gueneau de Mussy et M. Savornin, médecin habituel de la malade, M^{me} X..., qui habite la rue de Flandre. Cette dame, âgée de 37 ans, est d'une forte constitution, et à part quelques douleurs gastralgiques, elle a toujours eu une bonne santé. Elle a eu six grossesses et six enfants à terme ; le dernier a huit ans.

En mars 1874, huit jours après ses règles qui avaient été régulières, elle fut prise d'une petite hémorrhagie qui dura plusieurs jours, et qui se termina par l'expulsion d'un corps étranger, dont elle donne une description très-précise. Selon son récit, il avait le volume d'une noix. Il était de forme arrondie et enveloppée d'une coque, dont elle compare la résistance à celle du cuir neuf. La partie centrale était plus molle, et à la surface on voyait un point rougeâtre, qui fut pris pour le point d'implantation à l'utérus. Les médecins qui la virent alors, se seraient demandé s'il ne s'agissait pas d'un polype et parurent éloigner l'idée d'une grossesse. Il m'a paru impossible de me faire une idée exacte de ce qui s'est réellement passé à cette époque.

Quoi qu'il en soit, les règles reparurent à l'époque voulue et la santé générale n'eut pas beaucoup à souffrir de cet incident ; mais, à partir de ce moment, la malade conserva un peu de sensibilité dans le ventre sans que cela l'empêchât cependant de sortir et de vaquer à ses affaires. Les règles vinrent comme d'habitude, au commencement de décembre ; elles manquèrent en janvier ; mais, vers le fin de ce mois, apparut un petit écoulement sanguinolent qui n'a pas cessé depuis et qui n'a été accompagné d'aucune douleur. Le 1^{er} février, lorsque le docteur Savornin fut appelé à voir M^{me} X... pour la première fois, elle avait fait une course à Auteuil, malgré le froid, et quoiqu'elle éprouvât un peu de sensibilité dans le bas-ventre, il la trouva se plaignant d'une vive douleur dans le bas-ventre, surtout au-dessus de

l'aîne droite. Il y avait un peu de fièvre, mais pas de météorisme. Le toucher vaginal fut pratiqué. Il détermina un peu de douleur vers la fosse iliaque droite. Le col fut trouvé à sa place et fermé. Le corps de l'utérus ne parut pas augmenté. Le palper abdominal ne fit rien constater.

L'écoulement sanguin augmenta un peu pendant les journées du 6 et du 7 février, et la malade rendit plusieurs lambeaux membraneux que notre confrère reconnut être des fragments de muqueuse utérine; mais il ne découvrit rien qu'il pût rapporter à des débris placentaires. Les jours suivants l'état s'améliora beaucoup, l'hémorrhagie diminua; mais, le 17, la douleur reparut dans le côté droit et s'étendit à tout le ventre. En palpant on trouva au-dessous du pubis un corps arrondi gros comme une petite orange. Par le toucher vaginal on constate que le corps de l'utérus a un peu augmenté de volume. Un vésicatoire volant est appliqué.

Le 18 février à 4 heures du matin, M^{me} X... est réveillée par une violente douleur dans la moitié inférieure et droite de l'abdomen et principalement intense au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure. En même temps elle éprouve le besoin de pousser comme si quelque chose allait s'échapper par le vagin; elle pousse des cris et est en proie à une angoisse extrême. L'examen par le vagin n'apprend rien de nouveau. Une potion narcotique est prescrite.

Le 19 et le 20, l'état s'améliore, et rien n'est à signaler si ce n'est une douleur à l'aîne et au genou droits, qui dure une demi-heure seulement.

Le 21, apparition brusque d'une douleur violente, vers 9 heures du soir, le long du bord supérieur de l'os iliaque droit avec retentissement dans l'aîne, la cuisse et la fesse du même côté. Pouls à 84 seulement.

Le 22, à sept heures du matin, douleur insupportable au-dessus de l'aîne droite; retentissement dans les reins et la cuisse. Un peu de pesanteur au fondement. Le suintement sanguinolent continue, le pouls est à 92.

Le 24. La tumeur a monté jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Elle occupe surtout le côté gauche, qui est très-douloureux. Le toucher vaginal fait constater à droite et en haut une tuméfaction douloureuse à la pression. On sent des pulsations artérielles en ce point.

Le 25. La nuit a été très-mauvaise; il y a eu un frisson, et les douleurs abdominales continuent à être très-intenses.

Le 26. M. H. Gueneau de Mussy est appelé; il conseille l'expectation, des calmants à l'extérieur, et des injections de morphine sous la peau.

Le 6 mars, des vomissements bilieux se produisent. Dans la nuit du 8, il y eut une très-forte crise douloureuse. Ténésme anal et vésical, mal de reins, peu de fièvre, mais l'amaigrissement se produit.

Le 9, on trouve le col utérin repoussé derrière le pubis. Entre le col et le rectum il existe une tumeur saillante et douloureuse.

Les choses en étaient là lorsque je fus appelé à mon tour par mes deux confrères. Après avoir reçu de M. Savornin les renseignements qui précèdent, je procédai à l'examen, et voici ce qu'il me fut donné de constater :

L'état général, quoiqu'un peu altéré, d'après ce qui m'a été raconté, n'est n'est cependant pas mauvais. Un état fébrile incontestable existe. La peau est

chaude et le pouls bat 100 fois par minute. En palpant l'abdomen je constate une tumeur assez résistante, qui se dessine un peu sur la ligne médiane, et qui remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; elle se continue plus profondément du côté de la fosse iliaque droite, en se dirigeant vers l'excavation pelvienne. Elle est un peu douloureuse à la pression, ainsi que toute la région sous-ombilicale. Le col utérin, largement ouvert transversalement, a une consistance assez ferme, un peu moins cependant que hors l'état de gestation. Il est fortement repoussé en avant derrière la symphyse pubienne, contre laquelle il est accolé. Cette situation anormale paraît due à la présence dans le cul-de-sac postérieur d'une tumeur grosse comme une petite orange, et d'une consistance assez ferme sans être dure cependant. Le corps de la matrice est sensiblement augmenté de volume dans tous les sens et surtout verticalement. Il déborde un peu le bord supérieur du pubis et se distingue très-bien en ce point de la tumeur dont j'ai parlé. Un petit écoulement séro-sanguinolent a lieu par la cavité utérine. La sonde utérine pénètre sans difficulté et sans douleur jusqu'au fond de l'organe, et indique pour la cavité un diamètre vertical d'un peu plus de 7 centimètres. Les seins, qui ont augmenté de volume, ont une auréole fortement brunie avec des tubercules papillaires saillants. Par la pression on fait sortir sans difficulté une notable quantité de lait.

En récapitulant la valeur des diverses constatations que je venais de faire, je crus pouvoir établir qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, et ce diagnostic fut accepté par mes confrères.

Je conseillai le repos le plus absolu, des pommades calmantes sur le ventre et les narcotiques à l'intérieur. M. le Dr Savornin, qui a bien voulu me donner des nouvelles de sa cliente, m'a fait savoir qu'une grande amélioration s'était produite peu à peu, que la portion de la tumeur saillante dans l'abdomen avait diminué, que celle qu'on trouvait dans l'excavation se réduisait aussi de jour en jour, ce qui avait déjà permis au col de la matrice de reprendre sa place normale, et que les lavements, qu'on avait beaucoup de peine à faire pénétrer, se donnaient maintenant sans difficulté. Il ajoutait que l'état général s'améliorait, que l'appétit revenait, et que M^{me} X..., commençait à se lever deux heures chaque jour.

Le 15 de ce mois (juin) M^{me} X... est venue me voir dans mon cabinet, et j'ai pu l'examiner trois mois après la visite que je lui avais faite rue de Flandre.

Voici ce que j'ai constaté. La santé générale est redevenue parfaite. Les règles se sont rétablies et ont paru deux fois, le 20 avril et le 20 mai. Toutes les autres fonctions sont régulières, la marche est possible et M^{me} X... se dispose à partir pour la campagne.

Le toucher vaginal me permet de constater que le col, ainsi que me l'avait écrit M. Savornin, a repris sa place normale. En avant de lui, rien d'insolite ; mais en arrière et un peu à gauche, paraissant accolée à la paroi postérieure de la matrice, je sens une petite masse du

volume d'une petite mandarine, ferme, quoique moins dure que du tissu fibreux. La pression, en ce point réveille un peu de sensibilité. La main appliquée au-dessus du pubis constate la limite supérieure de la tumeur qui déborde à peine le détroit supérieur.

La sonde utérine est introduite et ne pénètre qu'à 5 cent. 1/2.

La conduite que j'ai cru devoir tenir dans les cas dont je viens de parler laisse voir que, selon moi, il n'y a rien à faire dans les grossesses extra-utérines de 4, 5, 6, et même 7 mois, immédiatement après la mort de l'enfant. Tous les efforts doivent tendre à combattre les accidents inflammatoires qui ne manquent presque jamais de se produire, et qui peuvent se répéter plusieurs fois à des intervalles variables. Je ne dis pas qu'ultérieurement il ne puisse survenir des conditions telles qu'il ne devienne nécessaire d'intervenir plus activement, mais je demeure convaincu que l'intérêt bien entendu des femmes a plus à gagner dans une large temporisation, que dans l'emploi immédiat des moyens chirurgicaux.

En est-il de même, en admettant toujours que le fœtus vienne de mourir, si la grossesse est arrivée à terme ou très-près du terme et alors qu'on a affaire, par conséquent, à un kyste très-volumineux? Je reconnais que les conditions sont beaucoup moins favorables et que les chances d'inflammation et de suppuration sont plus grandes, et cependant j'avoue que je me résoudrais difficilement à recourir à la gastrotomie, de prime abord; attendre un peu a d'ailleurs un avantage, celui de permettre, si elles n'existent déjà, à des adhérences de s'établir entre le kyste et les parois abdominales. Mais, après m'être assuré que la présence de ce corps étranger n'est pas tolérée, et qu'elle devient une cause incessante d'inflammation péritonéale, je me garderai bien de pousser trop loin l'expectation, l'expérience m'ayant appris que le succès de l'opération est d'autant plus assuré, qu'elle a été entreprise alors que la santé de la femme n'est pas déjà profondément troublée par le contact des matières putrides qui résultent de la décomposition du fœtus et surtout du placenta.

Les conditions dont je viens de parler ne sont pas les seules qu'on rencontre dans la pratique. Que la mort du fœtus soit survenue avant le neuvième mois, qu'elle ait eu lieu au terme ordinaire des grossesses ou même un peu après, l'intervention du chirurgien peut n'être réclamée qu'au moment où des accidents tenant à l'inflammation et à la décomposition du kyste se sont déjà produits. En pareille circons-

tance que faut-il faire? Ici je n'hésite pas à le dire, il faut temporiser le moins possible; attendre l'élimination spontanée ne me paraîtrait pas sage, et je suis convaincu d'après tout ce que j'ai vu, que les succès de la gastrotomie seront d'autant plus nombreux qu'on ne laissera pas à l'organisme le temps de s'épuiser et de s'altérer par trop au contact des matières putrides.

M. Keller dans son travail a réuni 21 observations qui ont donné 16 succès et 5 insuccès. En y ajoutant les trois nouvelles opérations relatées dans mon mémoire, qui ont fourni trois insuccès, et le succès obtenu par le D^r Duboué (de Pau) dont j'ai publié le travail dans ce journal, on arrive aux résultats suivants: 23 gastrotomies ont donné 17 succès et 8 insuccès.

Dans l'impossibilité où je suis de reproduire les observations résumées par M. Keller, je renvoie aux indications bibliographiques qu'il a données à cette occasion, et je me contente d'analyser les deux faits récents qu'il a empruntés à la pratique de M. Keberlé.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Grossesse extra-utérine péritonéale ayant duré environ quinze mois. — Gastrotomie. — Guérison.

La femme dont il était question était âgée de 41 ans et était d'une bonne constitution. Mariée en 1866, elle devint enceinte et accoucha à terme, le 25 mai de l'année suivante, d'un enfant mort. Nouvelle grossesse vers le 15 décembre suivant. Au quatrième mois, émotion vive, et, à la suite, douleurs fortes dans le bas-ventre, qui ne tardent pas à se dissiper et qui n'interrompent pas les travaux habituels. Huit jours après, nouvelle crise douloureuse, mais cette fois plus intense et plus prolongée; en même temps, tympanite et urines supprimées, ecchymose de 6 à 7 centimètres au pourtour de l'ombilic; défaillances, syncopes. Le lit est gardé pendant une semaine.

Malgré tout, la grossesse continue, et, dès le mois de mai, la mère et un médecin perçoivent nettement les mouvements actifs du fœtus. Vers la fin du mois de septembre, les mouvements deviennent tumultueux et provoquent une nouvelle crise douloureuse à laquelle l'utérus reste complètement étranger. Les douleurs tiennent évidemment aux mouvements brusques et violents de l'enfant, durent ainsi pendant cinq ou six jours, s'affaiblissent alors et disparaissent totalement le 10 octobre, ainsi que les doubles pulsations.

Les seins avaient augmenté de volume, et une abondante sécrétion de lait s'était produite; perte d'appétit. Tout le ventre est douloureux, surtout à droite. Il survient un peu de métrorrhagie, de la diarrhée, de la fièvre et du frisson. Tiraillement douloureux au niveau de l'ombilic.

Archives de Toxicologie. — JUILLET 1875.

Examen de la malade quand elle vint se faire opérer. Ventre distendu par une tumeur offrant des parties dures sur plusieurs points, et surtout au niveau des fosses iliaques. Le fœtus est placé en travers dans la cavité abdominale; la tête à droite et le dos en avant; la tête est facile à reconnaître, ainsi que les talons qui sont à gauche; l'utérus ne dépassait pas le pubis; son corps était un peu augmenté de volume, ainsi que le col, qui était dévié à gauche.

Une sonde pénétrait facilement à travers l'orifice utérin et pouvait être proménée sans obstacle à droite et à gauche jusqu'au fond de l'organe. La profondeur de l'utérus était de 8 centimètres $1/2$.

La hauteur de la tumeur fœtale était de 23 centimètres; transversalement, d'une fosse iliaque à l'autre, elle en avait 26. Les seins étaient encore durs et un peu volumineux; par la pression, on faisait couler quelques gouttes de lait blanc et crémeux. Au niveau de l'ombilic, la peau était adhérente à la tumeur dans un rayon de 8 à 9 centimètres. Il n'y avait plus de douleurs et la femme se trouvait dans la meilleure condition.

Le 10 mars 1869, M. Kœberlé pratiqua la gastrotomie. L'incision fut faite sur la ligne blanche; on lui donna une longueur de 15 centimètres. L'œuf, incisé à son tour, laissa sortir un liquide brunâtre, d'odeur amniotique, troublé par du méconium et du smegma fœtal. L'enfant, saisi par l'extrémité pelvienne, fut extrait sans grande difficulté. Il pesait 2,330 grammes et avait 50 centimètres de long. Le diamètre bi-pariétal mesurait 9 centimètres $1/2$. Le cordon coupé fut ramené au bord inférieur de la plaie. Les membranes furent laissées en place. On constata la présence de deux ou trois petits corps fibreux sur le fond de l'utérus.

Le kyste fœtal fut lavé avec soin avec de l'eau tiède. Le cordon fut ensuite remis en place, et on procéda à la réunion par trois points de suture profonde et six points de suture superficielle. L'opération dura trois quarts d'heure, et il s'écoula de 40 à 50 grammes de sang seulement.

Un tube de verre avait été placé à l'orifice inférieur de la plaie. La malade, qui avait été chloroformée, ne vomit pas : Pouls à 75.

Le lendemain, suintement abondant qui imbibait les pièces à pansement. Pouls à 90.

Le troisième jour, à peu près même état, sauf un peu d'ictère. Le liquide qui s'écoule est jaunâtre et un peu odorant. Injections avec l'eau tiède et la solution de sulfate de soude.

Le cinquième jour, pouls à 109; plusieurs abcès au niveau des points de suture.

Le septième jour, quelques lambeaux de placenta et de cordon sont ramenés à l'extérieur à l'aide d'une pince à pansement. L'élimination continue les jours suivants, et elle est à peu près complète quatorze jours après l'opération. Dès ce moment, plus de fécondité; une suppuration franche s'établit. La malade commence à se lever et à manger avec appétit.

Le 12 avril. Il n'y a presque plus de suppuration, la cavité du kyste n'a plus que quelques centimètres. La malade demande à retourner dans sa famille, portant encore un tube de caoutchouc dans la plaie.

Le corps du fœtus est peu altéré, seulement la peau est dépouillée de son épiderme par places. Les muscles ont conservé leur coloration rouge. Examinées au microscope, les fibres musculaires ne sont pas altérées.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Grossesse extra-utérine péritonéale ayant duré quatorze mois. — Gastrotomie. — Guérison.

Femme de 22 ans, mariée en septembre 1869, avait eu sa dernière époque de règles au mois de novembre. En janvier, elle a eu des vomissements répétés et des symptômes de grossesse.

Au mois de mai, indisposition très-grave et prolongée. Les médecins qui la virent crurent à une fausse couche ; mais l'état s'améliora et il ne resta qu'une douleur tenace au côté droit du bas-ventre.

A partir du 19 avril, les mouvements actifs furent perçus par la femme et constatés par les médecins le mois suivant. Le 26 septembre, apparition de douleurs très-vives ; les médecins crurent à un accouchement prochain. Ces douleurs durèrent pendant plusieurs semaines et furent un peu calmées par des injections sous-cutanées de morphine. Les mouvements de l'enfant cessèrent. Vers le milieu de novembre, écoulement sanguinolent par le vagin. On pensa alors que l'enfant était mort et que l'accouchement ne tarderait pas à se faire. Des douleurs abdominales moins vives persistèrent, et cependant la malade put faire un voyage à Wurzburg, pour consulter M. Scanzoni, qui, ayant sondé la matrice et la trouvant vide, crut d'abord à une grossesse extra-utérine, mais se décida en définitive, pour l'existence d'un kyste colloïde de l'ovaire.

Etat constaté par M. Kœberlé au mois de février. Un peu d'amaigrissement, mais apparences d'une bonne santé. Douleurs abdominales parfois très-vives, calmées par des injections de morphine. Le ventre mesure 1^m,02 de circonférence. Sa forme est irrégulière ; il est plus développé à gauche qu'à droite. Il est vergeté ; sa consistance n'est pas la même partout, fluctuation évidente à sa partie moyenne. Du côté gauche il y a des bosselures, mais il est impossible de distinguer aucune partie fœtale, ni bruit de souffle, ni doubles battements. La tumeur est adhérente à la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic. La cavité pelvienne est libre. La matrice refoulée à gauche a une cavité qui mesure 8 cent. dans le diamètre vertical. Son col n'est pas modifié. Coloration brune des auréoles qui pâlissent depuis quelque temps.

Une grossesse extra-utérine, est diagnostiquée. Le professeur Stoltz qui voit la malade ne croit pas devoir se prononcer dans ce sens.

L'opération est faite le 28 février 1871. Incision d'environ 20 cent. sur la ligne médiane. Mais, pour ne pas pénétrer dans la cavité péritonéale proprement dite, le kyste n'est ouvert que dans l'étendue d'environ 12 cent. Le placenta se présente et dut être divisé ; puis les pieds furent saisis, et on fit passer le siège et le tronc sans difficulté ; mais, au moment de l'engage-

ment de la tête il se fit une rupture de 3 à 4 cent. à la partie supérieure de l'incision. Le kyste n'était plus adhérent au péritoine dans ces parties, et il y eut une sortie de l'épiploon et des anses intestinales. M. Kœberlé fit alors une excrébration et la tête vint facilement. Le kyste fut épongé en prenant le soin d'empêcher la pénétration du liquide amniotique dans le péritoine. L'enfant était à terme et bien conformé.

Pour empêcher le kyste de communiquer avec la cavité péritonéale au point de la déchirure, l'angle supérieur de la plaie abdominale fut adossé à la déchirure du kyste, à l'aide de deux points de suture. La plaie abdominale fut réunie par une suture profonde et une suture superficielle. Une ouverture de 5 à 6 cent. fut laissée à la partie inférieure. Le cordon y fut placé avec deux gros tubes en caoutchouc, destinés à faciliter l'extraction des liquides et le nettoyage de la poche. L'opération dura environ une heure, et il ne s'écoula que 30 à 40 grammes de sang.

Au deuxième et au troisième jour, la suppuration fétide commença; en même temps la température s'éleva. L'élimination du placenta dura du septième jour au dix-septième. Au dixième il y eut des accidents de septicémie. On administra le sulfate de quinine et on eut soin de faire sortir les lambeaux fétides qui se formaient. Les lambeaux de placenta furent extraits à mesure qu'ils se détachaient. On fit des injections avec le sulfite de soude et de l'eau, et plus tard on enleva les sutures. Le kyste revint petit à petit sur lui-même en continuant à suppurer. La surface interne de la poche offrait de nombreuses incrustations calcaires. M. Kœberlé fit des injections d'iode pour les dissoudre. La malade put quitter Strasbourg un mois après l'opération. Revue cinq mois après, elle fut trouvée parfaitement bien, mais une fistule persistait, qui fournissait un petit écoulement.

Il n'est pas rare que les femmes qui portent des grossesses extra-utérines, ne soient observées qu'à une époque qui s'éloigne beaucoup de celle où le fœtus a cessé de vivre (depuis plusieurs mois, jusqu'à plusieurs années). Dans ces cas, de deux choses l'une : ou bien le kyste ne donne lieu à aucun accident, le péritoine et les organes voisins s'étant habitués à son contact; ou bien le calme qui s'était établi et qui avait duré pendant plus ou moins longtemps, est de nouveau troublé par des complications importantes et alors la conduite à tenir est la même; ce sera à la gastrotomie qu'il faudra recourir.

Il peut arriver encore qu'un travail d'élimination soit en train de se faire, et il ne sera pas impossible que l'intervention du chirurgien en puisse hâter la terminaison. Si c'est du côté des parois abdominales que l'abcès tend à s'ouvrir, on pourra se servir du bistouri ou des caustiques; du premier, s'il n'est pas douteux que des adhérences suffisantes existent; des seconds, si on pouvait craindre qu'il en fût autrement.

Dans d'autres circonstances, c'est du côté du vagin, que la nature tend à éliminer le kyste, qui est profondément engagé dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Ici encore une incision pourra être parfaitement indiquée, qui accélérera la sortie spontanée du produit de la conception, et qui permettra son extraction si cela est nécessaire. Il en pourra être de même quand c'est du côté du gros intestin, que la communication tend à s'établir. On a même vu le kyste s'ouvrir dans la vessie, et la cystotomie a été pratiquée dans un cas, avec succès, par Thomson.

Quand l'abcès éliminateur s'est ouvert spontanément, soit par le vagin, soit par la paroi abdominale, les ouvertures sont souvent étroites et insuffisantes. Les matières putrides stagnant, l'état général de la femme s'aggrave, il devient urgent d'opérer des débridements, pour la soustraire au contact dangereux du corps putréfié qu'elle porte en elle, et pour opérer de fréquents lavages de la poche kystique. Je n'ai pas besoin de dire avec quelle prudence le bistouri doit être manié dans ces conditions. Ce qui importe, c'est de ne pas dépasser la limite des adhérences, qui unissent le kyste aux parties voisines. Plusieurs cas sont consignés dans les annales de la science, qui prouvent que la mort a été la conséquence de l'oubli de ce précepte.

Il n'entre pas dans mon plan de décrire la gastrotomie; je rappellerai seulement, qu'on peut pénétrer jusqu'au kyste avec le bistouri, les caustiques. L'instrument tranchant peut être préféré, ou toutes les fois qu'on s'est assuré que des adhérences existaient, et dans les cas surtout où il s'agit d'extraire un enfant vivant et où, par conséquent, il est indispensable d'obtenir une très-large ouverture; mais si des adhérences ne s'étaient pas établies dans la région, où l'incision doit être pratiquée, je pense qu'il serait temps de les obtenir par des applications successives de caustique, et de mettre plusieurs jours avant de pénétrer jusqu'à la poche.

Quand le fœtus est mort depuis un certain temps, quand on peut le supposer d'un petit volume, parce que la grossesse n'a pas dépassé le cinquième ou le sixième mois, que les inflammations successives qui se sont produites aient, ou non, fait adhérer le kyste, je crois qu'il vaudrait mieux se servir des caustiques, à moins qu'il n'y ait pas un instant à perdre dans l'intérêt de la femme.

Les chirurgiens qui ont pratiqué la gastrotomie dans des cas de grossesse extra-utérine péritonéale, savent que ce qui fait la gravité de

l'opération ce n'est pas l'ouverture des parois abdominales, ou du kyste pourvu qu'on ait su éviter de pénétrer dans la cavité du péritoine. Le danger, tient surtout, à deux circonstances : premièrement à une hémorrhagie qui peut dépendre de ce que l'instrument rencontre le point d'insertion du placenta : cette coïncidence fâcheuse est heureusement fort rare ; elle est atténuée, d'ailleurs, dans les cas où la mort du fœtus est un fait accompli depuis quelque temps, par les modifications profondes qui se produisent, par ce fait, dans la circulation kysto-placentaire. A ce point de vue, l'emploi des caustiques a peut-être un avantage sur l'instrument tranchant. Secondement, à l'impossibilité dans laquelle on est d'extraire immédiatement le placenta, et les membranes dont il faut attendre l'élimination spontanée, qui demande parfois plus d'une semaine pour être complète. Ce travail, on le sait, entretient une suppuration d'une fétidité exceptionnelle, qui, malgré les injections désinfectantes, et souvent répétées, peut produire sur l'organisme des femmes, et de celles surtout qui sont déjà très-épuisées par les accidents antérieurs, les effets les plus délétères. C'est pour cela, je le répète encore une fois, qu'il faut savoir prendre son parti de bonne heure, si on veut donner à l'intervention chirurgicale, toutes les chances de succès qu'elle comporte.

Me voici arrivé au terme du travail que j'ai entrepris, pour servir à l'histoire des grossesses extra-utérines péritonéales. Les cas nombreux que dans un temps relativement court, il m'a été donné d'observer dans mon service d'hôpital ou dans ma clientèle, m'en ont fait étendre les limites de beaucoup au delà de celles que je m'étais assignées dès le début, et cependant je suis loin d'avoir épuisé le sujet. A ceux qui trouveraient que j'ai été trop long, je répondrai que les observations consciencieusement recueillies ont toujours leur intérêt, et j'espère que sous ce rapport, celles que renferme mon mémoire me vaudront l'indulgence de mes lecteurs.

DEPAUL.

LEÇONS SUR L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

SES CAUSES, SA NATURE ET SON TRAITEMENT

Par le **D^r M. Peter**, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Après la saignée, et d'accord avec Collins et Johnson, Cazeaux conseille aussi l'émétique à dose raserienne ; et le mode d'action en est évidemment celui de la saignée, car, dit Cazeaux, « il faut l'administrer

de manière à produire *des nausées* sans vomissement, en donnant chaque demi-heure une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Eau de pouliot.....	90 grammes.
Émétique.....	40 centigr.
Teinture d'opium.....	30 gouttes.
Sirop simple.....	10 grammes.

La saignée et l'émétique ont été conseillés par les auteurs que je cite comme moyen préventif, dès qu'apparaissent les symptômes prémonitoires de l'éclampsie, et comme moyen curatif, bien que Cazeaux croie l'émétique beaucoup moins utile dans ce dernier cas.

Pour moi, j'ai donné l'émétique en lavage à la dose de 15 et 20 centigrammes, chez l'interne de Lausanne et la malade de la Charité à la suite de la saignée, et l'effet purgatif produit n'a certainement pas nui au résultat définitif, qui a été la guérison.

L'anesthésie par le chloroforme est certainement efficace *au début* d'une attaque, alors que celle-ci n'a point encore produit la congestion cérébro-bulbaire résultant de la succession des accès subintrants dont je vous ai parlé; mais lorsque l'attaque date de quelque temps déjà, que le coma prédomine sur la convulsion, que la face est cyanosée, l'utilité du chloroforme est plus que douteuse : il avait complètement échoué chez la dame anglaise dont j'ai cité le cas dans une précédente leçon, et la saignée a brillamment triomphé chez elle après cet échec du chloroforme.

Ainsi, administré au moment où l'attaque va survenir ou commence à se manifester, le chloroforme peut réussir à conjurer celle-ci ; mais c'est là une méthode qui réclame un assez long temps et beaucoup de patience, puisqu'il faut rester à poste fixe auprès de la malade et se tenir à l'affût de l'attaque menaçante.

Je suis resté de la sorte presque toute une journée auprès d'une dame au sixième mois de sa grossesse, la chloroformisant dès que l'accès commençait et aussitôt arrêtant celui-ci ; — mais, franchement, bien que la malade ait guéri de son éclampsie, pour avorter le surlendemain par le fait de son intoxication urinémiqne, ce long tête-à-tête avec le chloroforme m'a laissé assez froid.

Si, au contraire, vous administrez le chloroforme à la femme en état de coma, indépendamment de ce que la chose est parfaitement irrationnelle alors, elle peut n'être pas sans péril : je sais des faits de mort évidemment causés par l'anesthésique ajoutant son coma au

coma de l'attaque ; un entre autres, qui m'a été communiqué par un de mes collègues de cet hôpital, observé par lui, alors qu'il était interne à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'une femme en état de mal depuis plusieurs heures, on jeta la malade dans la résolution, sans pouvoir en aucune façon faire cesser la série successive des convulsions, qu'on pouvait encore reconnaître aux secousses, de plus en plus faibles il est vrai, dont étaient secoués les membres résolus ; le coma devint ainsi sous l'influence du chloroforme de plus en plus profond, et la malade succomba.

Le chloroforme est, d'ailleurs, à tous égards, sans action sur la cause première de l'éclampsie, la sérumurie urinémiq. Ce n'est donc et ce ne peut être qu'un palliatif.

Il en est ainsi du *chloral*, administré en lavement au début d'une attaque, il peut en triompher comme le chloroforme et de la même façon ; mais si la femme est déjà dans le coma, il sera impuissant comme lui et pour les mêmes raisons : à preuve nos deux malades de la salle Sainte-Adélaïde, chez lesquelles les lavements de chloral ont été absolument sans effet.

Notez d'ailleurs, messieurs, que mon opinion sur les anesthésiques s'étaye de l'autorité bien autrement compétente de Paul Dubois, de Depaul, de Tarnier et de Bailly.

Vous trouverez dans les traités tout ce qui a rapport aux indications et aux contre-indications de l'*accouchement forcé* en cas d'éclampsie. Ce que j'en veux dire, c'est que l'évacuation de l'utérus, lorsqu'elle réussit à faire cesser les attaques, n'a point agi en faisant cesser la compression des veines rénales, mais en faisant disparaître la cause d'afflux du sang vers l'utérus et par suite vers les reins, en décongestionnant ainsi ces derniers, diminuant d'autant la pression vasculaire de leur parenchyme et, par suite, la filtration du sérum consécutive à cette exagération de pression.

Que si, maintenant, l'accouchement provoqué ne fait pas toujours immédiatement disparaître l'éclampsie, c'est d'abord que la lésion rénale peut être trop avancée pour que le rein puisse en guérir, — auquel cas la femme meurt brightique après la cessation plus ou moins tardive de ses attaques ; — c'est ensuite que l'hyperémie rénale met nécessairement un certain temps à disparaître ; — c'est enfin que même après la disparition de cette hyperémie, l'intoxication urinémiq. du sang, cause de l'éclampsie, ne peut pas disparaître aussi vite que la congestion rénale urinémiq.

Par tout ce que nous avons vu, comme par tout ce que je vous ai dit, vous avez pu reconnaître que l'éclampsie puerpérale n'est qu'une manifestation, violente jusqu'à la brutalité, de l'urinémie gravidique; qu'elle doit à cette brutalité même d'avoir été de tout temps étudiée et de tout temps rattachée à la *grossesse*; tandis que c'est de nos jours seulement qu'on a soupçonné ses relations avec l'*albuminurie*; et encore cette relation pathogénique est-elle rejetée, bien à tort, par plusieurs.

Ainsi, d'étape en étape, l'esprit médical s'est acheminé vers la vérité: *éclampsie, incident de la grossesse*, constatation pure et simple d'un fait; *éclampsie, incident de la grossesse avec albuminurie*, toujours simple constatation, mais déjà plus approfondie, bien que la genèse du trouble nerveux soit encore à trouver; *éclampsie, accident de l'urinémie* (et de l'urinémie d'origine quelconque, gravidique ou scarlatineuse, scarlatineuse ou *a frigore*) théorisation du fait morbide, découverte de sa pathogénie.

Mais, je vous l'ai dit, l'urinémie c'est l'adulteration du sang par une matière animale cadavérisée, l'urine; c'est, en fait, une **TYPHISATION**; typhisation analogue à la typhisation par la bile (ictère grave des auteurs, pour moi typhus *cholémique*), à la typhisation par la bouillie athéromateuse (endocardite ulcéreuse des auteurs, pour moi typhus *athéromique*), à la typhisation par les miasmes émanés d'autrui ou par une matière animale quelconque, voire même sa propre *matière animale excrémentitielle accumulée*, la production en étant devenue excessive dans un temps donné, et l'élimination s'en trouvant insuffisante ou trop lente dans ce même temps (typhus, fièvre typhoïde, *relapsing fever* des Anglais, typhoïde bilieuse des Allemands, typus des surmenés, etc.) (1).

Ainsi le fait commun à toutes ces affections typhiques est la présence dans l'organisme d'un poison animal — ou mieux d'une matière animale *morte* (émanations d'autrui ou substances excrémentitielles non éliminées); matière si bien impropre désormais à la vie, qu'elle trouble par sa présence les actes de la matière vivante qu'elle approche, c'est l'*infection*. Eh bien! le fait symptomatique commun à ce fait étiologique commun est la stûpeur, le τῦφος, le *typhus*.

Mais la différence dans l'espèce du poison animal fait la différence spécifique du typhus; de sorte que si, dans toutes les maladies par

(1) Cette théorie est longuement développée dans mes leçons sur la *Sérumurie*, t. II de mes *Leçons de clinique médicale*.

poison animal, on observe des troubles de l'innervation, dans chacune ces troubles ont quelque chose de spécifique : dans le typhus proprement dit, le fait nerveux prédominant est le délire; dans le typhus cérébro-spinal, les accidents téτανiformes; dans la fièvre typhoïde, le coma et le délire; dans l'ictère grave, le délire et les convulsions; dans l'urinémie, les convulsions, c'est-à-dire l'éclampsie, et, dans l'espèce qui nous occupe actuellement, l'éclampsie puerpérale ou par urinémie gravidique.

Maintenant, un fait symptomatique également commun à toutes ces affections par poison animal, ou maladies typhiques, est l'*hémorrhagie* : ai-je besoin de vous rappeler qu'on l'observe dans le typhus, la fièvre typhoïde, aussi bien que dans les typhus cholémique, urinémique ou athéromique, depuis l'épistaxis jusqu'à l'hémorrhagie par toutes les voies? Eh bien! le typhus urinémique des femmes grosses ne pouvait échapper à cette conséquence de l'adultération du sang. Or, ici le sang n'est pas seulement adultéré par la présence des matériaux de l'urine non éliminés, il est altéré dans sa crase par la perte du sérum : la sérumurie ou pissement du sérum entraînant la diminution de l'albumine ou *hypoalbuminose*, laquelle a pour résultat nécessaire la *déplasticité* du sang et, par suite, la tendance de celui-ci aux infiltrations comme aux hémorrhagies.

Donc, qu'il y ait des hémorrhagies chez la femme grosse qui pisse du sérum, rien n'est plus naturel. Mais il est une hémorrhagie précisément spéciale à la femme qui accouche, c'est l'hémorrhagie de la délivrance. Eh bien! chez la femme sérumurique, cette hémorrhagie peut acquérir de formidables proportions; et c'est là un fait qu'a vivement mis en lumière un éminent accoucheur contemporain, M. Blot. Ainsi une des sept femmes éclamptiques qu'il a vues mourir pendant son année d'internat à la Maternité, succomba à une hémorrhagie incoercible après la délivrance. Ce n'est pas tout : sur quarante et une femmes atteintes d'albuminurie plus ou moins abondante durant leur grossesse, douze eurent des pertes utérines graves pendant leurs couches. La femme éclamptique que M. Blot vit mourir d'hémorrhagie fut prise à la suite de son accouchement d'une perte opiniâtre d'un sang fluide et décoloré; en vain les moyens hémostatiques les plus prompts comme les plus judicieux furent-ils mis en œuvre, la femme succomba sous les yeux de M. Blot, quatorze heures après son accouchement.

De son côté, M. Bailly a eu d'assez nombreuses occasions de se con-

vaincre que, chez beaucoup de femmes albuminuriques, *atteintes ou non d'éclampsie*, l'hémorrhagie de la délivrance dépasse ses limites normales et devient même une perte utérine redoutable.

Qu'est-ce à dire? sinon que, dans les cas où il y a sérumurie gravidique *sans éclampsie*, la typhisation urinémiqne n'est point telle encore qu'elle produise les désordres nerveux qui lui sont propres; bien que l'adulération du sang par l'urine ait acquis le degré qui engendre les hémorrhagies.

Tel était le cas de cette dame de Passy que je vis avec mon ami le Dr O. Larcher : sérumurique de par sa grossesse trigémellaire, très-infiltrée de par sa sérumurie, elle eut, aussitôt après la sortie de son troisième jumeau, une hémorrhagie utérine que M. Larcher eut la plus grande peine à arrêter. Puis elle tomba peu à peu dans un coma de plus en plus profond, dont rien ne put la tirer, et mourut le lendemain de son accouchement. Son aspect était celui d'une femme atteinte de maladie de Bright, et le coma était probablement dû à une infiltration graduelle des méninges, l'hypoalbuminose brightique s'étant brusquement aggravée par l'anémie vraie due à la perte utérine.

Notre malheureuse femme du n° 14, qui était sérumurique, eut également, à la suite de sa délivrance, une perte utérine prolongée qu'on arrêta très-difficilement. L'œdème des membres inférieurs et la bouffissure des paupières, peu sensibles avant cette perte, augmentèrent; puis il y eut de la fièvre, le foie devint douloureux, et l'ictère, qui existait depuis quinze jours, devint rapidement très-intense. En même temps, fait qui démontre plus encore la disposition hémorrhagique; des *ecchymoses* se développèrent spontanément aux membres inférieurs. Enfin la malade succomba le quatrième jour après son accouchement; malheureusement l'autopsie nous fut interdite; de sorte que nous ne pûmes voir si, comme j'en étais convaincu, ses reins présentaient une lésion avancée déjà de la maladie de Bright; ni rechercher quel était l'état de son foie: elle n'avait eu aucun des symptômes de l'infection purulente puerpérale; et il était, par conséquent, difficile de croire à des abcès métastatiques du foie; elle avait du délire et une grande agitation, telle qu'on l'observe dans l'ictère grave; aussi me demandai-je s'il n'y avait pas eu dans le foie, comme il y avait certainement dans les reins, l'exagération et la perturbation de la congestion physiologique de la grossesse, cette femme ayant ainsi simultanément typhisation urinémiqne et typhisation cholémique. Mais tout cela est resté à l'état d'hypothèse, la vérification anatomique nous ayant été refusée.

La déduction pratique immédiate de tout ceci, c'est que, lorsque les urines d'une femme qui va accoucher contiennent une notable quantité d'albumine, on doit redouter l'abondance comme la prolongation morbide de l'hémorrhagie après la délivrance, et prendre des mesures préventives en conséquence : donner par exemple 2 grammes de seigle ergoté pendant les dernières douleurs, afin d'augmenter la contractilité de l'utérus et de diminuer ainsi la béance des sinus au moment de l'expulsion du placenta ; c'est, réciproquement, qu'au cas où cette hémorrhagie se produise et qu'on finisse par en triompher, il importe d'examiner les urines : on pourra parfois, de la sorte, découvrir une albuminurie jusque-là méconnue ; que si, maintenant, les urines obtenues chaque jour à l'aide du cathétérisme (afin de les préserver du mélange avec les lochies qui les rendent artificiellement albumineuses), si, dis-je, les urines persistent à contenir de l'albumine des reins, et cela malgré l'accouchement, qui aurait dû faire cesser la congestion de ces organes, on pourra, par un traitement convenable et proportionné à la quantité d'albumine contenue dans l'urine, par la diète lactée, le tannin, et même les ventouses scarifiées sur la région lombaire, empêcher le passage de la congestion rénale gravidique à la lésion brightique incurable.

Nous venons de voir que l'éclampsie et l'hémorrhagie sont des accidents directement liés à la typhisation urinémiq ue ; mais l'éclampsie, par sa violence et sa durée, peut entraîner une série de désordres les plus graves, soit du côté des centres nerveux, soit du côté des voies respiratoires.

Pendant la période subasphyxique qui suit l'attaque convulsive, une énorme congestion cérébrale se produit, laquelle engendre le coma ; eh bien, pendant cette période de coma et par le fait de cette congestion, des vaisseaux peuvent se rompre soit dans le cerveau, soit dans les méninges ; ainsi l'hémorrhagie cérébrale et l'hémorrhagie méningée sont des accidents possibles de l'attaque d'éclampsie ; si bien possibles qu'ils ont été réalisés chez la première de mes deux malades de la salle Sainte-Marguerite : nous trouvâmes, à l'autopsie, une apoplexie capillaire du corps strié gauche, ce qui expliqua la paralysie des membres droits, et une hémorrhagie méningée, qui rendit compte de la contracture de ces membres.

Maintenant, si vous voulez bien continuer de vous placer avec moi au point de vue vrai de l'éclampsie puerpérale, à savoir que la femme

est alors *typhisée*, et que les troubles cérébraux qu'elle éprouve ne sont que le résultat et l'expression de l'empoisonnement urinémiqne, vous comprendrez qu'à ce titre, si les convulsions sont le mode réactionnel le plus ordinaire de cette forme de typhisation, néanmoins le cerveau puisse être troublé dans ses facultés pensantes; qu'ainsi, dans l'intervalle de deux attaques convulsives, la femme puisse délirer. C'est, en effet, ce qui est arrivé à notre seconde éclampsique après qu'elle eut conversé quelques instants avec son mari, et par le fait de l'excitation qu'avait provoquée cette entrevue dans son cerveau de typhisée. Elle riait, chantait, tenait des propos sans suite, répétant fréquemment le même mot, qui n'était pas des plus parlémentaires. Puis, pressée de questions, elle revenait un instant à la raison et disait souffrir de partout. Huit heures plus tard, elle succombait à deux nouvelles attaques d'éclampsie et malgré son accouchement, qui avait eu lieu vingt-sept heures auparavant.

Dire alors que le *délire* est une complication de l'éclampsie, c'est faire un aussi vicieux raisonnement et se servir d'un langage aussi impropre que si l'on disait que, dans la pneumonie, « la toux est une complication de la dyspnée, » en considérant celle-ci comme étant la seule maladie, alors que dyspnée et toux sont l'une et l'autre la conséquence de l'état anatomique actuel du poumon. Ainsi la typhisation urinémiqne puerpérale met tantôt la cervelle dans un tel état anatomique qu'il y a des attaques épileptiformes, et tantôt dans un tel autre état qu'il y a du délire.

Mais ce délire est-il celui de la *méningite*? A voir cette énorme congestion de certains points des méninges, ce piqueté des circonvolutions cérébrales adjacentes, cette diminution de consistance de la pulpe nerveuse préposée à l'exercice de la pensée, il est difficile de ne pas croire que la congestion n'ait pas, dans ces points, passé du mode hyperémique simple au mode hyperémique inflammatoire, en d'autres termes, qu'il n'y ait point là une phlegmasie. Exagérez cet état, généralisez ce phénomène, et vous aurez la *méningite* puerpérale signalée par les auteurs. Mais elle n'est pas, je le répète, et ne saurait être la conséquence de l'éclampsie; elle est une manière d'être de la typhisation urinémiqne, absolument comme l'inflammation des méninges cérébro-spinales est une expression anatomique matérielle du typhus cérébro-spinal épidémique, mais n'est point toute la maladie.

Ce qui est vraiment une conséquence directe de l'attaque convulsive par le fait du spasme des muscles respirateurs, c'est la stase vascu-

laire dans les poumons, d'où la *congestion pulmonaire*, d'où même l'*apoplexie pulmonaire*. La première est constante, la seconde n'est que la conséquence éventuelle de la première exagérée. Nous avons pu voir l'une et l'autre réalisées dans les poumons de nos deux malades.

C'est même cette congestion pulmonaire, avec ou sans apoplexie, qui peut devenir, par son intensité et sa généralisation, une occasion d'asphyxie, et, par suite, la cause prochaine et toute matérielle de la mort des éclampsiques.

Une malheureuse femme grosse a, je le suppose, échappé aux accidents immédiats de son urinémie; l'attaque d'éclampsie s'est favorablement terminée; les désordres respiratoires ont cessé; il s'en faut bien néanmoins que cette femme soit hors de péril! La typhisation urinémique n'est plus brusquement redoutable, parce que la congestion rénale urinémique est devenue moins générale; mais elle n'en persiste pas moins, cette congestion, souvent intense en certains points, où elle peut épuiser, latente et insidieuse, la série de ses méfaits: — je veux dire donner naissance aux lésions de la *maladie de Bright*.

Chacune de nos deux malades, celle du n° 24 bis, comme celle du n° 4 de la salle Sainte-Marguerite, nous a présenté ces lésions rénales: chez la première, nous avons vu que « les reins étaient peu volumineux et très-anémiques; la substance corticale présentait l'aspect de la chair d'anguille ou du veau cuit, tandis que les pyramides étaient encore assez hyperémiées; » chez la seconde, « les reins étaient augmentés de volume; il y avait anémie de la substance corticale et hyperémie des pyramides, surtout vers leur sommet; c'était la troisième forme anatomique de Rayer » (1). Ainsi au cas où ces femmes eussent survécu à leurs accidents éclampsiques, et qu'on n'eût pas traité leur lésion rénale, déjà si avancée, elles eussent infailliblement succombé à la maladie de Bright classique.

Supposez maintenant que la congestion rénale gravidique, génératrice de ces lésions, ayant été moins intense ou moins généralisée, l'éclampsie n'en ait point été la conséquence; qu'ainsi les femmes aient accouché sans encombre, présentant seulement un peu d'infiltration. et que, plus tard elles aient éprouvé décidément les symptômes de la maladie de Bright: on aurait pu croire que celle-ci était un accident purement fortuit, alors qu'elle n'était que la conséquence d'un travail

(1) Observation recueillie par M. Petit.

morbide datant de la grossesse, et qu'on avait négligé de traiter parce qu'on l'avait méconnu.

Cela est si vrai que, dans les détails anatomiques du cas du n° 4, je vous disais : « L'injection en de certains points des reins est telle encore que les veines y sont distendues par des caillots noirâtres; par conséquent, là encore, il y a de l'hyperémie, ce qui permet de supposer qu'il y a quinze jours peut-être, au lieu d'un mélange d'anémie et d'hyperémie, c'était une hyperémie généralisée qui existait. » D'où cette conclusion que, si l'on avait alors traité cette congestion par les moyens convenables (ventouses scarifiées sur la région des reins, tannin et diète lactée), on aurait pu guérir cette lésion et s'opposer à la désorganisation du parenchyme; car ici décoloration ne veut pas dire anémie simple, mais désorganisation.

Le fait le plus curieux et non le moins lamentable est celui de cette toute jeune fille de 16 ans, qui succomba, splendide de vigueur et de santé, à la typhisation urinémiqne, par le fait de formidables attaques d'éclampsie.

Elle était au terme de sa grossesse, dans le cours de laquelle elle avait eu une céphalalgie persistante. Le 22 juin, à deux heures du matin, elle est réveillée par l'intensité excessive de son mal de tête, vomit de la bile à cinq ou six reprises; à huit heures du matin, elle a une première attaque d'éclampsie, et elle succombe le soir même, à onze heures, après avoir éprouvé trente-huit attaques convulsives.

À l'autopsie, faite avec le plus grand soin par mon interne, M. Petit, nous trouvâmes « les reins fortement congestionnés, surtout le droit, qui pesait 150 grammes, tandis que le gauche n'en pesait que 137. Celui-ci présentait un certain nombre de points jaunâtres, à limites mal définies, lesquelles tranchaient par leur coloration pâle sur le fond injecté et rouge brunâtre du reste du parenchyme; deux des pyramides étaient complètement décolorées à leur sommet, qui avait l'aspect de la chair d'anguille. » Ainsi, la lésion brightique était arrivée en ces points à son maximum, la dégénérescence granuleuse.

Quelle peut donc être la *pathogénie* de la maladie de Bright en ces cas? Et pourquoi procède-t-elle ainsi par flots?

Toute générale que soit la congestion gravidique des reins, son intensité n'est pas la même en tous les points; excessive en quelques-uns, elle y achève plus ou moins rapidement la série de ses désordres, depuis l'inflammation jusqu'à l'infiltration granulo-graisseuse, c'est-à-dire l'invalidation définitive des éléments sécréteurs de l'urine.

En ces points, mis ainsi hors de service pour la fonction, le sang n'afflue plus comme autrefois, ils sont anémiés, comme on dit; mais l'artère rénale reste la même, bien que sa surface de distribution diminue; elle doit donc débiter *en plus* aux points restés valides ce qu'elle distribue en moins à ceux qui sont invalidés; par conséquent, à mesure qu'un ilot rénal est atrophié, les ilots restants doivent s'hyperémier d'autant; en d'autres termes, l'hyperémie rénale gravidique aboutit à l'anémie brightique partielle, par désorganisation du parenchyme; et cette anémie brightique partielle engendre l'hyperémie successive des points voisins par afflux dérivé; laquelle hyperémie successive aboutit à l'anémie et à la désorganisation générales du rein.

C'est ainsi que mourut une pauvre femme que j'observai aux premiers temps de mes études médicales, dans le service de Chomel, dirigé pendant les vacances par mon ami M. Empis, alors chef de clinique. En vain, ce judicieux clinicien conjura-t-il, par une très-abondante saignée, les accidents éclamptiques, à la suite desquels la femme accoucha. Elle n'était pas seulement infiltrée d'une façon excessive; son extrême pâleur, non moins que ses urines albumineuses au plus haut point, indiquaient assez le degré auquel était arrivée sa lésion rénale: ce n'était pas une éclamptique par urinémie aiguë, c'était une brightique atteinte d'urinémie. Elle succomba au bout de six semaines, quoi qu'on fit, à la maladie de ses reins. A l'autopsie, on les trouva entièrement granuleux.

C'est donc bien à tort que les auteurs de Traités d'obstétrique décrivent dans des chapitres distincts ici l'Éclampsie, là, la Maladie de Bright, méconnaissant ainsi la relation qui unit l'une à l'autre; ne voyant pas que l'une et l'autre représentent des phases différentes d'une même maladie des reins, comme d'un même trouble fonctionnel, le pissement du sérum, ou albuminurie; l'éclampsie n'étant que l'expression symptomatique d'une congestion aiguë et intense, et la maladie de Bright étant la conséquence ultime et définitive de cette congestion devenue désorganisatrice par sa persistance indéfinie et non traitée.

Ainsi, plus nous étudions l'état puerpéral, plus nous voyons sans cesse qu'il confine à l'acte morbide: un peu plus ou un peu moins de sang, ici où là, et voilà la maladie constituée. Ce passage fréquent et simple de la santé à la maladie est même ce qui donne à l'étude de la femme grosse un attrait si puissant et à cette étude des conséquences si fécondes: j'ai pu, dans la leçon précédente, m'autorisant de la ty-

phisation urinémiqne chez la femme grosse, exquissier à grands traits une doctrine générale de la pathogénie des typhus; aujourd'hui, à propos du mécanisme également si simple de la sérumurie chez la femme grosse, je ne peux m'empêcher de vous faire voir comment on doit comprendre désormais ce que l'on a décrit sur le nom d'albuminurie et de maladie Bright.

1° L'albuminurie des auteurs est plus que du pissement d'albumine, c'est le pissement du sérum du sang.

Saisissant la présence de l'albumine de ce sérum dans l'urine pathologique, on a cru qu'il n'y avait que cela, et l'on a pris la partie pour le tout.

Cette première erreur en a entraîné une foule d'autres : méconnaissant ainsi l'altération de l'urine,

D'une part, on a été chercher dans des phénomènes de dialyse, avec altération préalable de l'albumine, ou dans une superalbuminose absolument hypothétique, la cause de cette prétendue filtration incompréhensible de l'albumine;

D'autre part, on n'a pas su voir que ces théories n'expliqueraient nullement l'altération des reins;

En troisième lieu, on s'est de la sorte de plus en plus éloigné du seul fait indéniable et qui rend compte de tout, du symptôme sérumurie comme de la lésion rénale, à savoir : l'excès de tension des vaisseaux du rein par congestion de celui-ci (1).

2° La sérumurie de la grossesse n'est qu'un cas particulier de la sérumurie en général; d'une part, elle démontre, par sa fréquence même, le bien fondé de ma théorie pathogénique de la sérumurie (excès de tension vasculaire par pléthore rénale), et, d'autre part, elle démontre la pléthore générale de la grossesse, dont elle n'est qu'un cas particulier.

Ce qui donne un si haut intérêt à la sérumurie de la grossesse, c'est précisément qu'on saisit sur le fait la genèse du phénomène : on y voit comment un *fait élémentaire* et tout MÉCANIQUE, l'*excès de tension* dans les vaisseaux du rein (par pléthore générale gravidique) produit la filtration de vive force du sérum du sang ou même du sérum et des globules.

D'où immédiatement deux résultats considérables au double point

(1) Cette théorie est longuement développée dans mes leçons sur la *Sérumurie*, t. II de mes *Leçons de clinique médicale*.

de vue de la *fonction* et de l'*organe*. Au point de vue de la fonction, la cessation de la sécrétion normale de l'urine; au point de vue de l'organe, la congestion de celui-ci, avec toutes ses conséquences ultérieures possibles.

Le fait est donc ici bien autrement simple que dans toute autre albuminurie; dans l'albuminurie par excès alcoolique, par exemple, puisque, dans ce dernier cas, l'intervention topique de la substance irritante rend plus complexe la pathogénie du phénomène et plus difficile sa compréhension, attendu qu'on peut invoquer la désorganisation préalable ou une lésion quelconque, mais certaine, des reins comme condition antérieure et nécessaire de la filtration de l'albumine; tandis que, dans l'albuminurie gravidique, les reins sont sains comme le reste de l'organisme, rien de local n'est venu en altérer la texture; or, l'organe étant ainsi intact et la fonction normale, voici néanmoins que, peu à peu, l'une et l'autre s'altèrent, sans qu'on puisse trouver, entre ces deux états sain et malsain des reins de cette même femme grosse, autre chose qu'une *congestion*, c'est-à-dire un *trop-plein vasculaire*; c'est donc le *trop de sang* dans les vaisseaux du rein qui, distendant les vaisseaux et en amincissant les parois (excès de pression et excès de tension), a permis la filtration du sérum des parois vasculaires dans l'intérieur des tubuli du rein; comme c'est ce même *trop de sang* dans les vaisseaux qui, par sa persistance, a entraîné la dystrophie du parenchyme de l'organe (d'où la dégénérescence des épithéliums et des tubuli), comme les exsudats avec prolifération du tissu conjonctif interstitiel (d'où l'anémie et l'atrophie ultérieure de ce rein naguère hyperémié et hypertrophié).

Mais le fait élémentaire, protopathique, et qui n'est d'abord que physiologique, — l'excès de tension vasculaire, — ne s'arrête par au trouble de la fonction et de l'organe urinaires; il engendre, par contre-coup et nécessairement, des désordres de l'*organisme*; ce contre-coup, c'est l'empoisonnement du sang par l'urine, qui n'est plus éliminée en quantité suffisante, et cela alors que cet organisme travaille pour deux.

De sorte qu'on a, finalement, cet enchaînement morbide à début mécanique et physiologique à la fois :

Tension vasculaire du rein par trop plein, décharge du trop plein : *séruminurie*;

Persistance de ce trop plein par absence de secours médical, persistance à la fois de l'*hyperémie rénale* et de la *séruminurie*;

Persistance de l'hyperémie rénale, méfaits habituels de toute congestion persistante : altération progressive du rein; phlegmasie; dégénérescence graisseuse; — c'est-à-dire tous les degrés successifs de la maladie de Bright, depuis la congestion jusqu'à l'infiltration granuleuse des tubuli et leur desquamation;

Persistance de la sérumurie, adultération du sang par défaut d'élimination des matériaux de l'urine; accumulation de ceux-ci, urinémie, — c'est-à-dire typhus urinémique et apparition possible de son symptôme le plus éclatant, l'éclampsie.

Est-il besoin d'insister maintenant sur la gravité du *pronostic* de l'éclampsie puerpérale? Grave, parce qu'elle est le symptôme de l'intoxication du sang par l'urine. Grave, parce qu'elle peut tuer par le seul fait de son intensité et de sa durée. Grave enfin parce qu'elle peut n'être que le prélude émuvant d'une maladie de Bright incurable.

Est-il besoin d'insister davantage sur l'utilité de l'examen de l'urine chez la femme grosse? puisqu'on peut y décèler les premiers indices du désordre fonctionnel, générateur de tous les autres; prévoir ceux-ci et les prévenir par une déplétion proportionnée à l'intensité du trouble fonctionnel, c'est-à-dire à la quantité d'albumine contenue dans l'urine examinée, c'est-à-dire à la pléthore actuelle du rein, laquelle n'est qu'une fraction de la pléthore générale de la femme grosse.

Mais je n'ai pas encore fini.

(A suivre.)

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

Cas d'allongement aigu de la lèvres antérieure du col comme cause de dystocie, par Hirte, à Eupen.

(Extrait des *Archives de Gynécologie*, t. VII, p. 552.)

Les cas d'allongement aigu de la lèvres antérieure du col pendant l'accouchement, à la suite de compression, par suite de son enclavement entre la paroi antérieure du bassin et la tête fœtale, et l'arrêt de l'accouchement qui en résulte, la tuméfaction considérable qui est la conséquence de l'obstacle prolongé de la circulation amenant une véritable cause de dystocie sont extrêmement rares. Dans la plupart des

livres classiques, cette cause de dystocie est passée sous silence ou signalée seulement en passant.

Scanzoni. (Lehrburh des Geburtshülfe, 4^e éd. vol. 2, p. 206), en parlant de l'hypertrophie chronique de la lèvre antérieure du col comme cause de dystocie, signale la tuméfaction due à l'obstacle, à la circulation pendant l'accouchement, mais se borne à faire le diagnostic différentiel de ces deux états.

Kilian (Geburts Lehre, vol. 2, p. 396), signale la dystocie provenant de la compression de la lèvre antérieure, et cite les observations de *Duclos*, et appelle surtout l'attention sur les cas d'épanchement dans le tissu du col.

Hohl (Lehrbuch des Geburtshulfe, vol. 2, p. 508), signale aussi cette circonstance. *Michaelis* (Das Enge Becken, 2^e éd., p. 178 et 179), qui signale avec soin ce fait, l'attribue surtout au bassin généralement rétréci. Il constate que les dangers qui en résultent sont multiples (attrition, déchirure, arrachement complet de la lèvre), et rejette le forceps comme déterminant toujours des déchirures profondes du col et la rupture du vagin. Il conseille la perforation (N. B. Enfant mort.)

Cazeaux (Traité théorique et pratique des accouchements, 7^e éd. Tarnier, p. 711), parle, comme le signale *Huber* (Monarschrift Geburtshund, vol. 33) de cette affection de la façon la plus détaillée ; il la désigne sous le nom de tuméfaction et allongement de la lèvre antérieure ; il en signale la grande rareté et cite 7 cas de *Duclos*, *Nægele*, *Lever* et *Danyau*. *Blot* en a aussi signalé un cas. En tout par conséquent 8 cas. Je viens à mon tour en signaler deux nouveaux exemples que j'ai pu trouver dans d'autres auteurs.

1^o *Chiari*, *Braun* et *Spæth* (Klinik des Geburtshulfe und Gynæcologie, Erlangen, 1852, p. 221), à propos des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire (thrombus) rapportent le cas suivant qui est fort intéressant :

N. N., tripare. Deux accouchements réguliers antérieurs ; lors de son troisième accouchement à terme il se manifesta dans la période de dilatation une tumeur élastique, grosse comme le poing qui, lors de la descente de la tête, fut propulsée hors de l'orifice du vagin et présentait une couleur rouge. La tumeur fut réduite avec les doigts entre la tête qui descendait à la symphyse, et l'accouchement suivit alors son cours normal.

Pendant les trois premiers jours des couches, la tumeur ne subit aucune modification. Le quatrième jour, elle s'ouvrit. On enleva avec les doigts des caillots, et l'on trouva une grande cavité. Le neuvième jour la lèvre anté-

rière avait repris son état normal, et la malade guérit. Ils signalent ce cas comme exceptionnel, et remarquent qu'il faut vraisemblablement en chercher l'explication dans l'abaissement profond de la lèvre antérieure poussée par la tête, et considèrent ces épanchements dans le tissu utérin comme extrêmement rares.

Huber à Memmingen, signale le 2^e cas (Monatschrift f. Geburtskunde, vol. pages 283 et suiv.)

Le 9 octobre 1868, chez une femme de 30 ans, accouchant pour la sixième fois, de taille moyenne et dont les accouchements étaient toujours longs, et qui avaient nécessité deux fois le forceps, il trouva, cinq heures après la rupture artificielle des membranes, le col dilaté d'un peu plus 5 francs, des contractions extrêmement énergiques, mais n'ayant exercé aucune influence sur la progression de la tête. La lèvre antérieure épaisse, formant une sorte de lobe, large de 1 pouce et demi, épaisse de trois quarts de pouce, appendu à cette lèvre, par un pédicule large et mince, repoussée jusqu'à la commissure supérieure de la fente vulvaire et apparente à ce niveau. On attendit deux heures, puis, la réduction essayée, avec les doigts introduits derrière la symphyse, réussit facilement, contre toute attente. La lèvre tuméfiée disparut tout à coup derrière la tête fœtale; la malade éprouva un grand soulagement, la tête descendit rapidement, et une demi-heure après la réduction l'accouchement se terminait. La circonférence de la tête avait 37 cent. La femme mourut le quatorzième jour de métrite.

Voici le cas que j'ai observé moi-même :

Femme H... Habite sur la frontière de Belgique un village à une demi-heure de Eupen. Elle a 30 ans, c'est une femme forte, accouchant pour la troisième fois. Taille moyenne; elle est accouchée deux fois spontanément d'enfants vivants. Le premier accouchement a duré trois jours, et l'enfant, garçon fort, encore vivant, était fortement étiré en longueur. Le deuxième accouchement fut rapide, l'enfant, qui était petit et faible, est mort à 4 mois.

Lors de l'accouchement actuel, qui est le troisième, les premières douleurs apparurent le 3 septembre au matin. A sept heures du soir, rupture de la poche des eaux. A une heure du matin, le médecin qui avait été appelé trouva tout à l'état normal, et, après son examen, déclara qu'il fallait attendre et se retira.

Le 4 septembre, à huit heures du matin, je fus appelé. J'arrivai à sept heures un quart, et je trouvai la parturiente très-excitée, se plaignant de douleurs extrêmement violentes.

En examinant la femme, le doigt introduit dans le vagin rencontrait immédiatement, une tumeur libre, élastique, ronde, qui se laissait nettement circonscrire, qui par en haut devenait large, mais mince et aplatie et qui, à un examen détaillé fut reconnue partir de la lèvre antérieure du col. La tête élevée, plongeait et était enclavée dans le détroit supérieur par une

forte bosse sanguine, de sorte que l'on ne pouvait sentir ni sutures ni fontanelles. Sur le côté postérieur du col, le doigt explorateur pouvait circonscrire derrière la tête une deuxième petite tumeur, à peu près de l'épaisseur et de la longueur du petit doigt, qui se confondait nettement avec la lèvres postérieure du col. L'utérus, avec le corps de l'enfant, était dirigé du côté droit de la mère. Bruits du cœur fœtal très-nets. La tumeur partant de la lèvres antérieure simulait complètement un fibrome largement pédiculé, appartenant au bord antérieur du col. Elle était plus grosse que le poing, pyriforme, et elle était visible dans la vulve sous forme d'un corps rougeâtre, bleuâtre, qui était propulsé à chaque douleur. La femme accusait les douleurs les plus vives, et quoiqu'elles fussent énergiques et soutenues, presque continues, elles n'avaient aucune influence sur la progression de la tête. Malgré deux doses de teinture d'opium, à 40 gouttes données en demi-heure, cela n'amena aucun soulagement dans les douleurs, pourtant cela régularisa un peu les contractions. On essaya vainement, et à plusieurs reprises de refouler la tumeur au-dessus de la tête solidement fixée. Vers midi, revint mon excellent confrère Henfling qui avait examiné la femme la nuit. Comme il affirmait que dans l'examen qu'il avait pratiqué la nuit, il n'avait pas constaté la présence de la moindre tumeur (c'était lui qui avait assisté la femme à son second accouchement), on put faire le diagnostic, qui fut : Tuméfaction aiguë produite par enclavement pendant l'accouchement. Il n'y avait, par conséquent, pas à penser à enlever la tumeur par excision ou écrasement. Henfling chercha également à réduire la tumeur, sans plus de succès. L'idée de pratiquer des incisions multiples sur la tumeur, ou d'en réduire le volume par l'emploi du froid, fut, après mûre délibération, rejetée comme demandant trop de temps, car les battements du cœur commençaient à devenir moins nets, la femme s'épuisait en ses souffrances, et je me décidai, malgré l'opinion de Michaelis à appliquer le forceps dans l'espoir de sauver à la fois la mère et l'enfant. Mon confrère attira la tumeur très-doucement en la refoulant en haut et latéralement, et je parvins, non sans grandes difficultés, à introduire les cuillers du forceps, et au bout d'un quart d'heure de tractions énergiques, mais prudentes, à extraire une fille en état de mort apparente, mais qui fut complètement ranimée au bout de 10 minutes. Après la sortie de l'enfant, il y eut une hémorragie profuse qui s'arrêta pourtant après l'enlèvement artificiel du délivre et un massage énergique de l'utérus. Un quart d'heure après l'accouchement, le toucher permettait de trouver la tumeur nettement pyriforme, et peu diminuée, avec son lobe large, épais, qui se confondait un peu à gauche avec le col qui se rétractait lentement. La petite tumeur du bord postérieur avait disparu. Le bassin fut reconnu comme étant transversalement rétréci avec une forte saillie du promontoire.

Suites de couches normales. Six jours après l'accouchement, le 9 septembre, j'examinai de nouveau la femme, qui déjà habillée, était assise sur son lit : je trouvai l'utérus en pleine voie d'involution, le col en entonnoir, formant un bourrelet, et la lèvres inférieure dirigée à gauche, du volume d'une noix. Le vagin était humide, et les lochies normales. La sécrétion lactée était régulière, et la petite fille tétait bien.

Si j'ai publié ce fait à côté de ceux qui sont signalés par les auteurs, c'est d'une part, pour ajouter à ceux déjà connus, un fait très-intéressant de cette forme rare de dystocie (c'est le 1^{er} que j'ai observé dans une pratique de 23 ans, tant dans une ville que dans un pays riche en faits intéressants), et d'une autre part pour montrer que le forceps si repoussé dans ces cas par *Michaelis* et *Huber*, ne doit pourtant pas être absolument rejeté. J'ai eu dans ce cas, la pleine satisfaction et la conviction d'avoir conservé à la vie un enfant par l'emploi de cet instrument et de n'avoir aucunement compromis les jours de la mère.

CHARPENTIER.

REVUE CLINIQUE.

Grossesse gémellaire. — Rachitisme. — Œdème des membres inférieurs.

Le 25 juin, à quatre heures du soir est entrée à la Clinique la femme Touret envoyée par M. le professeur Lorrain comme présentant un cas intéressant.

En effet cette femme, primipare, âgée de 29 ans, est de toute petite taille, 1 m. 46 c., et présente des traces manifestes de rachitisme, surtout aux membres inférieurs. Les tibias sont fortement courbés en avant, et celui du côté gauche principalement offre, à peu près dans sa partie médiane, comme une bosse bien saillante; il n'y a pas d'inflexions latérales. De même les fémurs ont une courbure antéro-postérieure, mais leurs déformations sont moindres que celles des os des jambes. La colonne vertébrale ne présente pas d'incurvation appréciable. La mensuration du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne put être faite par M. Depaul, lors de l'entrée de cette femme, à cause de l'engagement de l'utérus gravide: cependant le professeur, croyant que la courbure antérieure des os des membres inférieurs coïncide ordinairement avec un degré de rétrécissement du bassin moindre que lorsqu'il y a courbure latérale, pensait que le rétrécissement n'était pas très-grand, en effet, lorsque l'on put mesurer le diamètre antéro-postérieur, on trouva 11 centimètres sans déduction, soit 9 cent. $\frac{1}{2}$ ou 9 cent. $\frac{3}{4}$ après déduction.

De plus cette femme qui n'a pas eu d'accidents ni de maladies pendant le commencement de sa grossesse, est atteinte depuis deux mois d'un œdème considérable de toute la partie inférieure du corps, œdème ayant commencé par les pieds; quand on presse même légèrement avec le doigt sur les jambes et les cuisses on imprime une marque assez profonde qui

ne disparaît que lentement, surtout du côté droit. Mais cet œdème remonte plus haut, la paroi abdominale inférieure est aussi très-infiltrée, les organes génitaux cependant ne sont pas œdématisés. La face elle-même offre un certain degré de bouffissure qui toutefois n'est pas très-apparent. L'urine est albumineuse et se coagule en masse par la chaleur et l'acide nitrique.

Notons enfin que depuis deux jours cette femme souffre d'une violente céphalalgie, que sa vue s'est troublée pendant un certain temps dans la journée d'hier 24 juin, qu'elle a vomi 2 ou 3 fois et l'on se rendra compte combien l'on pouvait craindre des attaques éclamptiques.

La grossesse ne paraît pas très-avancée, malgré toutes les questions adressées au sujet de la dernière apparition des règles on ne peut pas avoir de réponse; toutefois le développement du ventre aurait pu en imposer et faire penser que le terme normal de la parturition allait être atteint, mais M. Depaul fait observer que la quantité de liquide amniotique est très-exagérée. Le ventre a une forme irrégulière, comme bosselée. Par la palpation, on sent l'utérus résistant, offrant une dureté permanente, malgré laquelle cependant on perçoit en haut et à droite une tumeur arrondie, dure, qui est une tête, tandis que dans les autres parties de l'abdomen on peut avoir la seule sensation de membres qui fuient très-vite sous les doigts. L'auscultation fait entendre les battements du cœur à droite, et sur une ligne horizontale qui passerait par l'ombilic; on n'entend les battements du cœur dans aucune autre région de l'abdomen. M. Depaul pratique le toucher et arrive immédiatement sur le segment inférieur de la matrice fortement refoulé en bas, au sommet duquel se rencontre le col effacé et entr'ouvert. Les membranes dures et tendues tombent à travers l'orifice, cependant on sent assez facilement de petits membres qui reposent sur cette partie tout à fait inférieure de l'œuf. Il y a donc un petit commencement de travail, cette femme dit en effet que depuis la veille 24 juin elle a eu des douleurs, mais qu'elles sont irrégulières et très-supportables; ce travail n'est pas assez avancé pour que l'on puisse intervenir, aussi le professeur remet-il au lendemain pour que la dilatation soit plus considérable et permette de faire ce qui pourra être utile dans l'intérêt de cette femme. Au moment de ce premier examen la mesure juste du diamètre antéro-postérieur ne put être obtenue, non-seulement à cause de l'engagement de l'utérus dans l'excavation pelvienne et à cause de sa tension qui ne permettait pas de le refouler en haut, mais aussi par la crainte de rompre les membranes.

La nuit du 25 au 26 se passe bien, les contractions utérines sont un peu plus suivies: aussi le 26 au matin, le diamètre de l'orifice avait-il 7 à 8 cent. de longueur, et ses bords étaient-ils souples et mous. Voulant hâter l'accouchement, le travail durant depuis trente-deux heures, sachant du reste que le col était ainsi dilatable, après avoir soumis la femme aux inhalations chloroformiques, M. Depaul rompt les membranes et atteint un pied dont il fait l'extraction, dégage bientôt l'autre membre inférieur, et sans grande difficulté amène un enfant qui pousse des cris presque immédiatement. Mais il restait encore une tumeur volumineuse; c'était un second œuf, celui qui avait une quantité exagérée de liquide amniotique, un hydamnios.

M. Depaul introduit immédiatement la main dans la cavité utérine, va à la recherche d'un pied qu'il trouve facilement et ne tarde pas à faire l'extraction d'un enfant porteur d'un double pied bot équino-varus et d'un spina bifida qui respire assez bien. Le premier de ces enfants du sexe féminin pèse 1670 grammes ; sa longueur est de 42 cent. ; les diamètres occipito-frontal et occipito-mentonnier sont de 10 et 11 cent. Le second est aussi du sexe féminin et ne pèse que 1550 grammes ; sa longueur est de 41 cent. et ses diamètres occipito-frontal et occipito-mentonnier sont de 9 cent. $1\frac{1}{2}$ et 10 cent. On peut dire, d'après le volume de ces enfants, que la grossesse n'est guère qu'à son septième mois.

Après l'accouchement il y a eu un léger écoulement de sang qui a persisté jusqu'à la délivrance que l'on a dû faire artificiellement trois quarts d'heure environ après l'extraction des fœtus ; des adhérences assez fortes maintenaient le plus volumineux des placentas en avant et en haut de la matrice. Une gramme de seigle ergoté a été administré après la délivrance. Les deux gâteaux placentaires sont réunis par un pont de membranes assez large ; le placenta qui appartient à l'œuf affecté d'hydramnios est bien plus petit que l'autre et présente à son centre une large plaque jaunâtre de dégénérescence des villosités choriales.

Cette femme va bien jusqu'aujourd'hui 29 juin, elle ne se plaint que d'une douleur peu vive du reste vers la fosse iliaque droite ; l'albumine a disparu dès le surlendemain de l'accouchement, le pouls n'est pas très-fréquent, la température à 38°,1, et il y a lieu d'espérer que les suites de couches seront à peu près normales.

Dr MARTEL.

Accouchement gemellaire. — Procidence du cordon ombilical. — Imperforation de l'urèthre chez un enfant nouveau-né.

L'imperforation de l'urèthre constitue pour le nouveau-né un vice de conformation des plus graves ; on cite peu d'exemples de cette anomalie, et chaque fois qu'on a voulu y porter remède, les résultats ont été presque toujours incomplets ou désastreux.

On a rencontré l'imperméabilité de l'urèthre vers la partie moyenne, dans une étendue de $1\frac{1}{2}$ à 1 centimètre ; mais le plus souvent cette anomalie consiste en une mince membrane, unissant les bords du méat urinaire, ou bien elle n'est qu'un simple accollement de la muqueuse au niveau de la fosse naviculaire. Les cas analogues à celui que nous allons rapporter étant extrêmement rares, on chercherait vainement dans les auteurs la description du manuel opératoire qu'il convient de leur appliquer. Malgaigne lui même, qui dans son savant *Traité de médecine opératoire* n'a rien omis de ce qui touche à l'art chirurgical, mentionne seulement en passant l'imperforation du gland chez l'enfant nouveau-né et dit qu'on peut y porter remède à l'aide d'un petit trocart.

Le 21 janvier dernier à onze heures du soir, la dame B..., âgée de trente-quatre ans, primipare, ressentit les premières douleurs de l'enfantement. Le 22, vers les neuf heures du matin, la dame H..., sage-femme qui l'assistait, ayant remarqué la lenteur et l'irrégularité du travail, soupçonna quelque chose d'insolite et nous fit appeler.

La forme globuleuse du ventre et son développement exagéré nous firent soupçonner *a priori* une grossesse gémellaire; toutefois, après plusieurs auscultations successives, nous n'avions pu découvrir les battements que d'un seul cœur fœtal, un peu en dehors et à gauche de la région ombilicale.

En pratiquant le toucher, nous reconnûmes l'engagement de la tête avec présentation de la face au détroit supérieur.

Les contractions utérines, faibles et incomplètes, se répétèrent à d'assez longs intervalles, jusqu'à cinq heures du soir. A ce moment, la dame B... fut prise de vomissements accompagnés d'une toux légère. — A la suite de ces divers efforts, nous constatons une procidence du cordon ombilical, jusqu'à 6 centimètres environ de l'orifice vulvaire.

Des tentatives de réduction ne pouvaient qu'être infructueuses, la tête étant engagée sur le plancher périnéal. Redoutant l'asphyxie de l'enfant, nous appliquâmes immédiatement le forceps. Presque aussitôt l'expulsion de ce premier enfant, le travail recommença et le deuxième, qui était une fille, fut expulsé sans difficultés, au bout d'une demi-heure.

Les deux cordons étaient insérés sur un placenta unique, très-volumineux, cloisonné à la partie moyenne.

En procédant le lendemain matin à la toilette du garçon, la sage-femme me fit remarquer que le méat urinaire était imperméable. Je reconnus sur-le-champ cette anomalie et, après l'avoir fait cesser à l'aide d'une lancette, je m'aperçus bien vite que le canal de l'urèthre était imperforé dans une certaine partie de son trajet. L'enfant était maigre, chétif, souffreteux; en présence de ces conditions si défavorables, j'hésitais un peu à pratiquer un canal; toutefois la dame B... parut si affligée de cette infirmité, elle attachait tant de prix à la conservation de son enfant, que je résolus de tenter l'opération à tout hasard.

En m'appuyant sur ces données : 1° que le tissu spongieux est facile à déchirer et à déprimer chez les enfants nouveau-nés; 2° que la verge étant relevée contre la paroi abdominale, le canal de l'urèthre est à peu près rectiligne, dans la grande partie de son étendue, je pénétrai à l'aide d'un stylet de trousse dans le méat que je venais d'ouvrir. Je ramenai la verge en avant vers la paroi abdominale et lui imprimai une certaine tension; puis, faisant tourner le stylet sur son axe, j'arrivai, après une séance de cinq minutes environ, à une profondeur de 4 millimètres. Il ne s'écoula pas une goutte de sang. Vers quatre heures de l'après-midi, je recommençai la même manœuvre et n'avançai qu'à 6 millimètres et demi.

Le lendemain 24, je trouvai l'enfant très-déprimé, les chairs étaient flasques, molles et à peu près dépourvues de calorique. La percussion de la région sus-pubienne me révéla une plénitude très-accusée de la vessie. J'introduisis, dans la portion de canal pratiquée la veille, une bougie filiforme;

mais, après plusieurs tentatives, je l'abandonnai pour reprendre le stylet. J'avancai cette fois jusqu'à une profondeur de 1 centimètre.

L'après-midi, je fis de nouveau usage du stylet, et, après une manœuvre de 3 ou quatre minutes, l'instrument s'enfonça jusqu'à 25 millimètres environ.

Les manœuvres devenaient de plus en plus douloureuses, comme l'indiquaient les cris de l'enfant et la tuméfaction du gland plus accusée depuis la veille. Je songeais à laisser mon entreprise, mais la dame B... se mit à me supplier avec tant de force que je lui promis de recommencer le lendemain matin.

25 janvier. — Je constate chez l'enfant des signes d'hecticité très-marqués ; un petit suintement s'est fait par le méat et en a agglutiné les bords. Muni d'un stylet en argent d'un diamètre un peu inférieur au précédent, je m'avancai cette fois jusqu'à 3 centimètres. Il s'écoula quelques gouttes de sang après le retrait de l'instrument.

A deux heures de l'après-midi, je reprends encore le même instrument, bien décidé cette fois à borner là mon intervention. En le poussant modérément dans la direction de son axe, je le sentis s'enfoncer avec plus de facilité, quand, arrivé à une profondeur de 45 millimètres environ, il pénétra sans effort dans un espace libre que je présumai être la vessie distendue par l'urine. Je le retirai avec précaution, et il s'écoula par le méat une quantité de sang que j'évaluai à 3 ou 4 grammes. Voulant m'assurer de la perméabilité du canal que je venais d'ouvrir, je réintroduisis le stylet, qui pénétra librement jusque dans la vessie. Peu d'instant après, l'enfant urina facilement et en abondance.

Quelques applications émollientes eurent bien vite raison de la tuméfaction douloureuse de la verge.

Depuis cette époque, l'enfant urine bien et n'a pas d'incontinence.

Le canal de l'urèthre ayant, chez le nouveau-né, une longueur moyenne de 6 centimètres, on voit que, dans le cas actuel, l'oblitération s'étendait aux trois quarts de ce conduit.

On remarquera que nous n'avons pas employé moins de six séances de 4 à 5 minutes chacune pour mener à bien notre opération. Nous avons voulu par là éviter à l'enfant des douleurs trop vives et une hémorrhagie qui eussent immédiatement compromis son existence, déjà fort en danger par le fait même de l'anomalie.

Le cas que nous venons de signaler ne suffit certainement pas à poser les règles d'un manuel opératoire; toutefois il peut conduire à formuler les conclusions suivantes ;

1° L'imperméabilité même très-étendue du canal de l'urèthre chez le nouveau-né n'est pas au-dessus des ressources de l'art.

2° La friabilité et le peu de résistance des tissus permettent de pratiquer de toutes pièces un canal uréthral à l'aide d'instruments simples.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Hémorrhagies utérines occasionnées par un polype fibreux. — Transfusion du sang. — Mort pendant l'opération.

Par le Dr AD. FILLIETTE, à Boulogne-sur-Mer.

Le 24 mars 1875, je suis appelé à voir M^{me} S..., âgée de 49 ans, et j'obtiens de son entourage les renseignements suivants : Depuis plus de trois ans cette dame, d'une constitution primitivement très-robuste, est sujette à de continuelles et abondantes métrorrhagies, et sa santé, qui était excellente, s'est graduellement altérée à un point tel que, depuis une quinzaine de jours, il lui a été impossible de sortir du lit, en raison de son extrême faiblesse. Mais la répugnance qu'elle éprouve à se soumettre à un examen dont elle comprend la nécessité, et la frayeur que lui inspire l'idée d'une opération quelconque, lui ont jusqu'ici fait refuser toute assistance médicale; et même aujourd'hui c'est, en quelque sorte, contre sa volonté qu'on m'a envoyé chercher.

Introduit près de la malade, je constate ce qui suit : Décoloration complète des tissus cutanés et muqueux. Apparence cireuse. Bouffissure de la face, des membres supérieurs, des téguments du thorax et de l'abdomen. OEdème passif du membre abdominal gauche. OEdème dur et douleur du mollet droit avec dilatation du réseau veineux superficiel, thrombose profonde). Tendance au refroidissement. Somnolence. Syncopes occasionnées par le moindre mouvement. Pouls plein et dur, à 80. Anorexie complète. Soif médiocre. Pas de vomissements ni de diarrhée. Respiration un peu accélérée. Toux revenant par accès et suivie de l'expectation de quelques crachats muqueux. Râles fins aux deux bases. Rien au cœur. Ventre souple et indolore. Écoulement par le vagin d'un liquide rosé, sans odeur.

Le toucher fait constater la présence d'un polype dur, lisse, de la grosseur d'une pomme, remplissant le conduit vaginal, et dont le pédicule remonte dans la cavité du col utérin.

Je fais comprendre à la dame S..., ainsi qu'à son mari et à sa fille, l'urgence d'une opération qui, seule, peut donner quelques chances d'une guérison, et faute de laquelle la mort doit nécessairement arriver d'ici à quelques jours; et le lendemain, assisté de notre honorable confrère, le Dr Perrochaud, je procède à l'excision de la tumeur, qui est entièrement constituée par du tissu fibreux. L'opération a été faite rapidement, à l'aide d'un long bistouri boutonné (1), le polype étant tendu et tiré légèrement en

(1) L'instrument dont nous nous sommes servi a été fabriqué, *ad hoc*, il y a plus de vingt ans, sur les indications du Dr Perrochaud. Il est courbe sur le plat, et son tranchant n'a pas plus de 3 centimètres.

bas par une érigne implantée dans sa masse. Il ne s'écoula pour ainsi dire pas une seule goutte de sang, soit pendant, soit après la section du pédicule. Comme soins consécutifs : Bouillon épaissi avec de la viande râpée, laitage, vins généreux, limonade au citron additionnée de cognac, et, toutes les deux heures, quatre gouttes de perchlorure de fer dans une cuillerée d'eau fraîche. Le soir, un demi-lavement avec 2 grammes de chloral, pour procurer un peu de calme pendant la nuit.

Malgré l'emploi de ces différents moyens, l'état général ne fit que s'aggraver les jours suivants. L'anorexie persista au même degré ; les syncopes devinrent encore plus fréquentes et plus prolongées ; une sensation très-pénible d'étouffement arrachait des plaintes continuelles à la malade ; et, le 30 au matin, M. Perrochaud et moi avions perdu tout espoir de voir quelque amélioration résulter de l'opération que nous avions pratiquée. Une seule chance de salut pouvait encore être tentée. C'était la *transfusion du sang*. Après avoir longuement débattu son opportunité, il fut décidé que cette ressource ultime ne devait pas être négligée, et, en conséquence, nous demandâmes, par dépêche télégraphique, à M. Mathieu, de nous envoyer son appareil instrumental, qui nous arriva le lendemain 31.

A quatre heures de l'après-midi, le Dr Perrochaud et moi trouvions la malade dans une position absolument désespérée, étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle, en proie à des syncopes pour ainsi dire continuelles, mais le pouls encore vigoureux et battant 70 fois à la minute. Tous les préparatifs de l'opération se firent sans qu'elle, en eût conscience, et même elle ne donna aucune marque de sensibilité pendant que, à l'aide d'une lancette, j'incisai les téguments du bras gauche pour mettre à nu et isoler la veine médiane céphalique assez profondément cachée sous un tissu cellulaire infiltré de sérosité. Tout étant préparé de ce côté, le trocart enfoncé dans le vaisseau, et la bande à la ligature enlevée, M. Perrochaud pratique la phlébotomie ordinaire sur le mari de M^{me} S., le sang étant reçu dans le récipient évasé de l'appareil. Dès que les premières gouttes apparaissent à l'extrémité du caoutchouc, j'enlève le poinçon, j'ajuste les deux tubes, et la pression de la poire lance une première onnée, immédiatement suivie de plusieurs autres dans le système circulatoire de la patiente. Aussitôt elle sort de son insensibilité, se redresse un peu, ouvre les yeux, nous regarde et s'écrie : « *Donnez-moi le bassin, je vais sous moi.* » Et puis, quelques contractions des muscles de la face, la tête retombe sur l'oreiller et la respiration s'arrête. Les personnes de l'entourage s'efforcent de la ranimer à l'aide de flagellation, de sels volatils, de pressions sur le thorax. M. Perrochaud abandonne à la hâte le bras sur lequel il a opéré, et se précipite au secours de la mourante. Son premier soin est de placer la tête dans une position déclive. Pour moi je continue encore un instant à faire fonctionner l'appareil, de façon que la quantité de sang transfusé soit environ de 100 grammes, et je joins mes efforts à ceux de mon confrère, mais tout est inutile ; nous n'obtenons plus que trois ou quatre mouvements respiratoires largement espacés, et, moins de deux minutes après, M^{me} S... est bien morte.

Tel est le récit d'une opération de transfusion du sang que nous

avons cru devoir soumettre aux lecteurs de l'*Union médicale*. Les perfectionnements apportés depuis peu à l'appareil instrumental, la facilité d'exécution de la manœuvre, et aussi la multiplicité des cas pathologiques qui, *a priori*, réclament l'emploi de ce mode de traitement, feront sans doute qu'il ne tardera pas à cesser d'être une curiosité expérimentale d'amphithéâtre pour entrer dans la pratique usuelle de la chirurgie. Mais la science des indications, l'appréciation des circonstances dans lesquelles il est appelé à donner des résultats heureux ou défavorables ne peut être que l'œuvre du temps. Et c'est le devoir de tous ceux qui ont été à même de le soumettre au critérium de leur pratique et de leur expérience, de faire connaître quels effets ils en auront retirés. Sur le sujet qui fait l'objet de notre observation, nous avons opéré *in extremis*, mais c'est le plus souvent à cette période que, jusqu'ici, la transfusion a été faite, et que, dans l'avenir, elle le sera probablement. Elle a eu pour résultat de hâter une fin inévitable, et d'abrégier, non les jours, mais les heures de notre malade; par quel mécanisme? nous l'ignorons complètement.

L'entrée de l'air dans la veine ne peut être incriminée. On ne peut accuser non plus le déplacement d'un caillot sanguin, puisqu'il n'y avait pas phlébite dans les veines du bras, et que, du reste, l'*embolie* aurait déterminé des accidents cardio-pulmonaire. Il faut donc chercher une autre explication, et nous laissons ce soin à des théoriciens plus sagaces et plus ingénieux que nous-même. Est-ce par le cœur que la mort est survenue, ou bien par le cerveau? Nous inclinons vers cette dernière hypothèse, en raison de l'issue des matières fécales. Mais comment?

Le seul renseignement qu'il nous est peut-être permis de tirer de notre observation, et encore ne le formulons-nous qu'avec beaucoup de réserve, est celui-ci : que la transfusion est surtout indiquée dans les cas d'*anémie* ou plutôt d'*hypémie* aiguë, c'est-à-dire survenue par le fait d'une abondante perte de sang qui s'est effectuée rapidement, et qu'au contraire, dans les cas d'anémie ancienne, ou plutôt d'*hydrémie chronique* succédant à des pertes qui durent depuis longtemps, elle a moins de chance de réussir, si même elle capable d'amener elle-même des accidents promptement mortels.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai 1875

M. le Dr P. Ménière (d'Angers) présente, à l'Académie un nouveau dilateur construit sur ses indications par M. Mariaud.

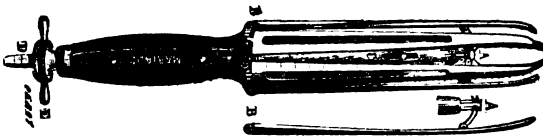
Cet instrument, destiné en principe à la dilatation graduelle du vagin dans certains cas de vaginisme, à combattre les rétrécissements de l'orifice vulvaire, accompagnés ou non de rétrécissements vaginaux, à émousser la sensibilité dans l'hyperesthésie, vulvaire pourrait être avantageusement employé pour la dilatation forcée du rectum et dans l'opération de la taille périnéale.

Plusieurs cas de vaginisme, dont M. P. Ménière se propose de publier prochainement les observations, ont cédé à l'emploi de ce dilateur, dont le maniement est facile et qui joint à la simplicité du mécanisme une très-grande puissance que l'on peut appliquer lentement ou graduellement.

Il se compose : 1° D'un manche surmonté de six valves fenêtrées à bords et à pointes mousses; chaque valve est mobile sur une charnière B ;

2° D'une tige A D, de l'extrémité de laquelle partent six bras de force qui, tous, s'articulent à la face interne de chaque valve ;

3° D'un écrou ou volant E destiné à faire avancer ou reculer la tige A D, et par ce fait écarter ou rapprocher les valves par l'intermédiaire du bras de force.



L'appareil fermé est conique et a 1 centimètre de diamètre à son extrémité. Ouvert il est cylindrique, et a 4 centimètres de diamètre.

Cet instrument comporte deux graduations. L'une gravée sur les valves indique la profondeur à laquelle il est introduit.

La seconde, à l'extrémité D de la tige centrale, mesure exactement l'écartement des valves, c'est-à-dire le degré de dilatation obtenue.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Du rhumatisme (Manifestations diathésiques traitées par les eaux de Plombières), par le Dr C. LECLÈRE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Chez Adrien Delahaye.

Clinique thermo-minérale de Nérès, par le Dr DE RANSE, médecin consultant aux eaux de Nérès, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*. — Premier fascicule, *Des indications et des contre-indications des eaux de Nérès*. in-8 de 112 pages, chez Asselin. Prix 2 fr. 50.

Manuel d'accouchements comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches, par le Dr CARL SCHRODER, professeur d'obstétrique et directeur de la Maternité à l'Université d'Erlangen, traduit de l'allemand sur la 4^e édition, et annoté par le Dr A. Charpentier, ancien chef de clinique d'accouchements, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol. gr. in-8 de VIII-744 p., avec 155 figures intercalées dans le texte, 14 francs. — Chez G. Masson.

De l'innocuité relative des accouchements chez des primipares âgées, par le Dr A. Coccio. 1 vol. in-8°, 1 fr. 50. Chez Adrien Delahaye.

Leçons sur les maladies chirurgicales chez la femme, par le Dr BERRUT. 1^{re} Leçon : les hôpitaux et la policlinique. Chez Louis Leclerc.

Il metodo di cura delle Fistole Vescico-Vaginali per riparazione Graduale. Studio di Luigi Amabile già Professore nella regia Università di Napoli. — Napoli-Amministrazione del Giornale Il Morgagni.

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES LYMPHATIQUES UTÉRINS

ET

LEUR RÔLE DANS LA PATHOLOGIE UTÉRINE

Par le Dr **Just Lucas-Championnière**,

Chirurgien des hôpitaux,

Membre de la Société de chirurgie

« On finira par trouver dans les lymphatiques profonds une des bases les plus vastes de la pathologie positive » disait Velpeau, et cette sorte de prophétie du Maître a déjà reçu un commencement de réalisation, surtout depuis le développement des études d'histologie. On a trouvé des lymphatiques partout, on a trouvé leurs éléments caractéristiques au milieu de tous les tissus, on leur découvre une physiologie pathologique d'une importance immense.

En décrivant leur origine, leurs connexions avec les séreuses, avec le tissu cellulaire, avec les glandes, on a ouvert une voie nouvelle aux recherches des anatomistes et des pathologistes.

On a fait laborieusement toutes ces découvertes sur des vaisseaux

Archives de Tocologie. — AOÛT 1875

29

mal visibles à l'œil nu, de petit calibre, qu'on n'étudiait que par des artifices spéciaux ou à l'aide du microscope.

Un organe présentait pourtant de ces vaisseaux à un état de développement monstrueux, dans une abondance à peine croyable. Sur l'utérus un système lymphatique immense s'offrait à l'observateur; de cette étude, on pouvait tirer des conséquences très-importantes pour les lymphatiques en général, et on devait tirer aussi les notions les plus précieuses pour l'anatomie et la pathologie de l'utérus.

J'ai cherché à décrire certains points de cette anatomie et à faire comprendre l'importance de ces lymphatiques. Si je reviens aujourd'hui sur ce sujet, ce n'est point seulement pour la satisfaction de reprendre une étude favorite, mais parce que le temps a confirmé le résultat de mes premières recherches, et parce que des publications nouvelles ont été faites sur le même sujet. Je crois qu'il est nécessaire aujourd'hui de réunir tous les faits d'ensemble, d'affirmer, de prouver la valeur de mes assertions et d'indiquer les progrès accomplis par les travaux des auteurs qui ont écrit depuis moi.

ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DES LYMPHATIQUES DE L'UTÉRUS.

Jusque dans ces dernières années on ne s'occupait guère de la pathologie des lymphatiques de l'utérus et encore moins de leur anatomie. Il en avait pourtant été question dans quelques travaux remarquables; quelques observateurs les avaient admirablement vus; mais leurs observations avaient été négligées.

On parlait beaucoup dans les livres de la phlébite utérine, mais bien peu de l'angioleucite. Toutes les fois que, sur le cadavre d'une femme, on trouvait une goutte de pus dans le tissu de l'utérus, on prononçait le mot de phlébite, et les choses étaient jugées. Pendant dix ans que je parcourus les amphithéâtres où se trouvaient malheureusement beaucoup de cadavres de femmes mortes d'accidents puerpéraux, je n'entendis guère parler des lymphatiques de l'utérus.

En 1870 je publiai mon mémoire sur les lymphatiques et la lymphangite utérine. Quelques lecteurs m'accusèrent d'exagération et de parti pris, d'autres parmi nos maîtres les plus éminents en France et à l'étranger, donnèrent toute leur approbation à mes conclusions. D'autres enfin furent d'avis que je répétais des choses connues, sans se faire faute, toutefois de reproduire des descriptions qui n'ont été faites absolument que dans ce court travail.

Je n'avais pourtant émis la prétention nulle part d'avoir découvert les lymphatiques de l'utérus pas plus que les lymphangites, mais j'ai insisté le premier sur certains points capitaux de la grosse anatomie des lymphatiques, et j'ai démontré le premier le parti que l'on pouvait tirer de l'étude de la lymphangite pour la pathogénie.

C'est en cela que mon travail, attirant l'attention des observateurs, leur donnant des moyens précis d'investigation, a pu faire adopter tout ou partie de mes idées comme une doctrine nouvelle.

Dans les publications faites depuis ce temps, on peut voir que l'anatomie des lymphatiques de l'utérus n'a fait que peu de progrès. Dans son traité classique en 1874, M. Sappey n'a donné que quelques lignes de description incomplètes. Les ouvrages spéciaux ont reproduit ma description, et je ne connais guère que le travail du docteur Gerhard Leopold de Leipsick, sur les lymphatiques de l'utérus à l'état de vacuité, qui contienne des faits nouveaux très-importants.

Nous devons en dire un mot en rappelant qu'il y a dans son travail deux parties : une description histologique neuve et très-intéressante et une description des gros vaisseaux qui a confirmé des faits connus.

Cet auteur a bien montré la réalité de l'origine des vaisseaux lymphatiques sous le péritoine, dans le tissu musculaire, dans la muqueuse utérine. Il y a montré la muqueuse riche en espaces lymphatiques s'ouvrant par des conduits dans des canaux intermusculaires. Il a montré que des gaines endothéliales périvasculaires sont remarquables par leur étendue.

Tous ces faits ont été étudiés très-minutieusement sur l'utérus non gravide de la femme et vérifiés chez différents animaux.

En plus et sur l'anatomie macroscopique, M. Leopold n'a rien démontré de nouveau. Ce qu'il en a dit je l'ai dit, soit dans le cours de mon chapitre d'anatomie, soit dans mes descriptions pathologiques.

Malgré que M. Leopold ait avancé qu'on ne pouvait pas étudier l'anatomie de ces vaisseaux sur des lymphatiques malades, je suis resté à beaucoup d'égards plus avancé que lui.

J'ai décrit les vaisseaux plus gros et plus nombreux dans les couches superficielles du tissu utérin, tandis que les grosses veines sont plus profondes ; je les ai montrés plus nombreux au niveau du placenta.

J'ai montré leur convergence vers le lieu d'insertion des trompes,

au-dessous de celles-ci ; les lymphatiques du col ; l'existence des réseaux au-dessus du cul-de-sac vaginal latéral ; la présence de ganglions au voisinage du col, et d'autres ganglions souvent disséminés jusque vers la ceinture du bassin.

J'ai montré la disposition en ampoules des gros lymphatiques dans le tissu utérin et dans le ligament large, et j'ai fait dessiner une de ces ampoules. J'ai montré le grand nombre des petits vaisseaux lymphatiques qui s'ouvraient sur la paroi de ces ampoules, j'ai montré que ces ampoules dilatées par le pus constituaient les poches purulentes de prétendus abcès.

J'ai insisté surtout sur les rapports intimes de ces vaisseaux avec le péritoine, avec les annexes et surtout avec le tissu cellulaire sur les parties latérales du col et du corps de l'utérus. Enfin j'ai indiqué que les vaisseaux lymphatiques émanés de l'utérus offraient des rapports intimes avec le détroit supérieur de la fosse iliaque et même le tissu cellulaire de la région lombaire (Voir mon observation 7).

M. Leopold a constaté les premiers de ces faits dans ses injections sur l'utérus non gravide, ce qui ne prouve pas que mon procédé de recherche fût absolument mauvais. Il ne s'est pas occupé des seconds, qui ont une si grande importance pour la pathologie.

Enfin M. Leopold doute encore de l'existence des valvules dans les lymphatiques utérins, et moi je les ai prouvées par des injections et je les ai disséquées de façon à les faire dessiner.

Il me semble impossible d'étudier complètement le système lymphatique de l'utérus sans se préoccuper de la pathologie qui nous fournit de véritables procédés d'études anatomiques. On conçoit aisément du reste qu'il en soit ainsi si l'on tient compte de la grande place que les lymphatiques tiennent dans la vie et la pathologie de l'utérus.

« Ils sont si nombreux et si volumineux dit Cruikshank, qu'on serait tenté de croire que la matrice n'est qu'un tissu de lymphatiques. » Est-il possible que leur rôle ne soit pas immense ?

Je n'avais pas méconnu toute l'étendue de ce rôle, et j'avais indiqué la plupart des points intéressants, gardant toutefois une juste réserve sur certaines théories, parce que je manquais de preuves directes.

Depuis six ans, ces preuves sont venues, j'ai beaucoup vu ; d'éminents observateurs ont adopté ma manière de voir en poursuivant les mêmes études et les développant.

Même des notions d'anatomie pathologique que l'on avait contestées sont devenues vulgaires, surtout dans les hôpitaux de Paris, où on s'en

préoccupe dans toutes les autopsies ; et on a constaté des lésions à toutes les époques et dans toutes les conditions.

Je puis donc affirmer aujourd'hui plus nettement ce que j'avais avancé et compléter sur certains points ce que j'avais écrit. Aussi, renvoyant à mon premier travail pour tous les détails, je vais indiquer d'une façon générale comment il faut relier entre eux les faits de l'anatomie et ceux de la pathologie.

RAPPORTS ET CONNEXIONS DES LYMPHATIQUES. MODE DE DÉVELOPPEMENT DES INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES GRAVES.

L'utérus constitué par des fibres musculaires peu ou très-développées, selon l'époque à laquelle on l'étudie, forme une sorte de centre autour duquel s'irradie, si je puis m'exprimer ainsi, toute la pathologie utérine. Les fibres qui le constituent ne sont associées que par une gangue de tissu connectif peu abondant. Il existe peu de tissu cellulaire dans l'utérus. Les vaisseaux de l'utérus sont nombreux. Les veines y sont tout particulièrement importantes et peuvent devenir le point de départ d'accidents graves.

Les lymphatiques sont innombrables, ils naissent du parenchyme de l'utérus, ils naissent du tissu sous-séreux, ils naissent de la muqueuse utérine.

Ces vaisseaux sont remarquables par leur nombre et leurs dimensions. Rampant vers les côtés de l'utérus, pour la plupart dans les couches superficielles, ils gagnent les ligaments larges. Dans le tissu cellulaire lâche qui environne le col de l'utérus, les lymphatiques sont nombreux. Dans les ligaments larges, on rencontre des petits ganglions ; j'ai vu souvent et j'ai fait dessiner un ganglion placé sur le côté et en arrière du col, au-dessus du cul-de-sac vaginal latéral. Souvent il y a de ce point à la paroi latérale du bassin une chaîne de ganglions très-petits.

Au niveau du détroit supérieur, ganglions nombreux où se jettent certains des lymphatiques utérins.

D'autres vaisseaux très-volumineux suivent le trajet des vaisseaux utéro-ovariens, en se tenant en dehors de ceux-ci. Puis ils rampent sur le psoas, gagnent des ganglions sur les côtés de la colonne vertébrale ; et, suivant des lymphatiques injectés de pus, on arrive quelquefois sur les piliers du diaphragme jusqu'aux environs de la région lombaire.

Nombre de ces lymphatiques, surtout aux angles de l'utérus, sont en connexion immédiate avec le péritoine.

Des vaisseaux lymphatiques volumineux sont en rapport avec les annexes, avec la trompe, avec l'ovaire. Ont-ils avec ces organes des connexions plus intimes encore? Il m'a paru que les lymphatiques de l'ovaire et de la trompe se distinguent difficilement des vaisseaux propres du même groupe; leur direction est la même et probablement leurs gros canaux sont communs. Il serait très-important de vérifier cet abouchement commun des canaux ovariens tubaires et utérins.

Il est tout naturel de penser que les gros vaisseaux peuvent amener l'inflammation des parties où ils se trouvent dans deux circonstances lorsqu'ils s'enflamment, lorsqu'ils charrient des matières septiques. N'est-ce pas là ce que nous voyons tous les jours pour les membres, où les vaisseaux sont infiniment moins nombreux et volumineux?

Le seul fait du voisinage permet d'admettre le mécanisme suivant.

Après l'accouchement plaies de l'utérus (placentaires), du col (déchirures, ulcérations), inflammation des vaisseaux lymphatiques, péritonite. Le lymphatique sous-séreux contamine le péritoine. Ou bien celui qui est le plus profond amène l'inflammation du tissu péri-utérin, du ligament large, de la fosse iliaque, quelquefois au niveau de la région lombaire. Le plus souvent dans les autopsies de fièvre puerpérale, toutes ces lésions se présentent à la fois et surtout chez les femmes qui ont résisté quelque temps à la violence du mal; nos observations en font foi. Dans ces cas il est quelquefois très-difficile de déterminer les altérations à cause de ce chaos de lésions qui se sont produites.

Le simple voisinage suffit pour expliquer cette propagation inflammatoire, ce sont des parties trop rapprochées pour ne pas s'associer dans leur évolution phlegmasique, et cela nous le savons empiriquement, nous le touchons.

Mais cela peut ne pas suffire et il est possible, grâce à une hypothèse, d'aller plus loin dans l'explication de ce mécanisme.

L'étude histologique des lymphatiques a fait connaître les origines des lymphatiques dans les séreuses, les stomates. Ne voit-on pas là une parenté possible entre le péritoine péri-utérin et les vaisseaux superficiels de l'utérus qui explique suffisamment que le péritoine s'enflamme quand ces vaisseaux sont enflammés.

Il en est de même pour le tissu cellulaire, lieu d'origine des lymphatiques.

Peu importe du reste cette explication pour le tissu cellulaire et le péritoine, où le contact du vaisseau malade est immédiat et nous suffit. Mais il est intéressant de signaler ce fait à propos de l'ovaire et de la trompe.

Dans ces autopsies complexes, on trouve aussi quelquefois l'ovaire en pleine suppuration, sans qu'il y ait de péritonite étendue et sans qu'il y ait d'inflammation voisine annonçant une propagation inflammatoire. Dans ces cas, on dit que la maladie de l'ovaire est primitive et qu'autour de lui l'inflammation s'est étendue.

Ou bien, l'on reconnaît qu'il y a des inflammations de l'utérus et l'on juge que l'ovaire s'est pris par sympathie.

La sympathie a si souvent disparu devant les progrès de l'anatomie que nous ne verrions pas d'inconvénients à la faire encore une fois disparaître.

Pour bien des raisons, il nous semble qu'on a abusé de l'ovarite primitive. N'est-ce pas en abuser, quand on tient un utérus qui vient d'être malade, quand on y voit une plaie, que de chercher ailleurs la cause du mal?

L'ovaire est un organe riche en lymphatiques, cela paraît assez bien démontré. Son système lymphatique semble être si voisin de celui de l'utérus, qu'il se confond complètement avec lui après quelque trajet, et nous admettrions assez volontiers qu'il se fit par là une propagation inflammatoire de l'utérus à l'ovaire. Cela est d'autant plus possible, que cette marche rétrograde de l'inflammation dans les lymphatiques est un fait avéré, on en trouve fréquemment des exemples. Récemment, dans un des services que j'ai dirigés, je montrais une femme qui avait eu une écorchure au doigt, des ganglions dans l'aisselle et un abcès sur le sein, au niveau des lymphatiques qui vont à l'aisselle; de cet abcès à l'aisselle, il y avait des cordons rouges, durs et douloureux. Sur l'auréole, le mamelon et sur le sein lui-même, pas trace de lésion, et la femme n'était ni enceinte, ni récemment accouchée. Son réseau lymphatique du sein s'était pris d'arrière en avant de l'aisselle vers le sein. Il est probable que pour une région plus riche en lymphatiques, ce fait est plus facile à produire. Il est beaucoup plus simple et plus commun pour l'ovaire, si rapproché de l'organe de la gestation.

Ce n'est sans doute là qu'une hypothèse à l'appui de laquelle il est difficile d'apporter un fait matériel. Je la crois pourtant d'une grande

importance, parce qu'elle dépend d'une grande loi qui doit régir le développement des phénomènes inflammatoires : *Propagation de l'inflammation dans les organes présentant un système lymphatique commun.* Des coïncidences inflammatoires mal expliquées ou expliquées par la sympathie paraîtraient simples et naturellement distribuées si on tenait toujours compte de cette loi.

Ce que j'ai dit de l'ovaire pourrait être dit de la trompe dans une certaine mesure, mais je n'y insiste pas.

Ce que j'ai dit jusque-là, faut-il le démontrer? Non, cela ne se démontre plus, car on le voit et on le touche. J'ai montré la plaie utérine, les lymphatiques qui en partent, la péritonite, les abcès péri-utérins, et ce qui rattache toutes ces lésions entre elles. L'anatomie pathologique fournit ici toutes les preuves indiscutables. On voit le péritoine s'enflammer aux angles de l'utérus, sur le trajet des lymphatiques pleins de pus, on voit le tissu cellulaire s'enflammer et suppurer autour d'autres vaisseaux. Toutes sortes de variétés se présentent.

Tout ce que j'ai décrit jusque-là, je l'ai observé sur des cadavres de femmes mortes de fièvre puerpérale, dans l'immense majorité des autopsies, en suivant les lymphatiques pleins de pus, en les injectant au mercure, en les disséquant avec soin. Je n'ai rien dit ici de la symptomatologie parce que je me réserve de l'étudier plus loin à son tour. Cependant, il est impossible de n'en point tenir compte, dans les chapitres suivants, puisqu'on ne trouve plus cette même preuve anatomique après la description.

LYMPHANGITE BÉNIGNE.

Est-il probable et possible que la lymphangite engendre toujours des affections mortelles? Ces régions si propices au développement de lymphangites, ne peuvent-elles pas être le siège d'inflammations passagères bénignes ou graves, sans que mort s'ensuive? Le plus simple bon sens permet de l'affirmer, et cependant personne n'a paru s'en douter jusqu'au jour où j'ai avancé le fait et où j'ai dit : *Non-seulement la lymphangite bénigne existe, mais elle est infiniment plus commune que la lymphangite maligne.* On le trouve à tout instant parmi les complications de l'accouchement.

J'ai alors insisté sur deux points de la symptomatologie des complications puerpérales; faits connus, mais, selon moi, mal expliqués : les douleurs abdominales, à la pression sur l'abdomen vers les angles de

l'utérus et en dehors d'eux, généralement attribuée à l'inflammation des annexes.

La douleur des culs-de-sac vaginaux, lors de la pression par le toucher vaginal. Ces phénomènes douloureux se montrent dans les cas graves comme dans les cas légers, mais dans d'autres conditions.

J'ai montré la rapidité de développement ou de disparition de ces phénomènes douloureux, caractère général bien propre à la symptomatologie des inflammations des lymphatiques, caractère commun aux accidents légers et au début des accidents graves.

Puis, j'ai insisté sur le développement des tuméfactions dures développées à la périphérie du col, *survenant brusquement et s'évanouissant rapidement*; tuméfaction attribuée, par M. Bernutz, au développement de produits intrapéritonéaux et qui, pour moi, résulte de l'induration par œdème, du tissu cellulaire péri-lymphatique circum-utérin.

Tous les degrés d'intensité se montrent dans ces lymphangites post-puerpérales, depuis celles qui durent deux ou trois jours, sans laisser de traces importantes jusqu'à celles qui ont pour conséquence une péritonite sous ombilicale ou le développement d'un phlegmon du ligament large, de la fosse iliaque. Comme je l'ai dit déjà, on voit, lorsque les lymphangites graves se multiplient, les lymphangites bénignes se multiplier plus encore, de telle sorte qu'aux époques d'épidémie, même parmi les malades qui survivent, il n'y en a guère dont les suites de couches aient été exemptes de ces complications.

Il ne faut pas négliger un élément précieux d'information, la constatation d'une lésion du col du côté où la douleur se manifeste d'abord. J'ai, d'ailleurs, insisté sur ce point. Dans les lymphangites rapidement mortelles, on voit souvent la douleur d'un côté, et, à l'autopsie, les lésions de l'utérus (corps ou col), limitées à un côté, et, de même, des lésions péri-utérines. Je signale le fait ici, parce que la douleur unilatérale est bien plus commune dans les lymphangites bénignes, ou tout au moins dans les formes insidieuses qui n'apparaissent pas très-graves au début, et ne se terminent que longtemps après l'accouchement avec des complications de tous ordres.

Il faudrait encore rappeler l'appareil fébrile, le frisson, si commun dans la lymphangite, etc. Je n'en ai point parlé à propos de la lymphangite grave, et je m'en occuperai dans un chapitre commun, je ne veux que dire, en terminant, que j'ai rapporté à la lymphangite bénigne les accidents désignés par les Anglais sous le nom de *fausse péritonite* (Ramsbotham) *transient peritonitis* (Fergusson).

LYMPHANGITE EN DEHORS DE L'ÉTAT PUERPÉRAL.

Je ne m'étais pas, dans mon premier mémoire, contenté des faits précédents, j'avais annoncé que la lymphangite existait en dehors de l'état puerpéral et jouait un rôle important dans les maladies utérines; avec plus d'expérience aujourd'hui, je dirai un rôle capital. Pour m'appuyer, je trouve du reste un document anatomique en plus. On m'avait dit que hors l'état puerpéral, les réseaux lymphatiques étaient bien différents de ce que l'on observe pour l'état de gravidité, atrophiés, et dès lors si peu importants que leur rôle physiologique s'effaçait. Je n'admettais point ce fait, je considérai comme certaine leur réduction de volume; mais la richesse des réseaux devait persister. Le très-remarquable mémoire de M. Leopold est venu donner la preuve définitive, en affirmant cette richesse lymphatique de l'utérus non gravide. Je puis donc développer plus nettement encore mes opinions sur ce point.

Dès mes premières recherches, j'avais remarqué que si on observe les gros lymphatiques purulents chez une femme à terme, on pouvait encore les observer dans des cas intermédiaires, lorsque le développement de l'utérus est infiniment moindre, de façon à montrer une lymphangite absolument comparable à celles développées après l'accouchement. Une femme, à trois mois de grossesse, cautérisée au fer rouge (p. 68), eut une péritonite mortelle, et je pus constater les vaisseaux purulents de la lymphangite.

Dans l'état de vacuité, je n'ai pu observer la purulence des lymphatiques, mais la symptomatologie me permet d'affirmer la lymphangite.

On observe à tout instant, chez des femmes qui portent des lésions utérines accessibles, une ulcération du col par exemple, les phénomènes suivants. Sous l'influence de la fatigue, d'une irritation quelconque, après les cautérisations, souvent après la cautérisation au nitrate d'argent, il se produit des douleurs abdominales plus ou moins vives. Ces douleurs occupent le bas-ventre, et bien souvent un seul côté. En appliquant les mains sur l'abdomen on éveille de la douleur, mais on l'éveille surtout si l'on plonge avec le bout des doigts dans le petit bassin vers un des angles de l'utérus.

Si on touche ces malades dès le début, on détermine par la pression dans le cul-de-sac latéral correspondant, une douleur vive; la localisation de cette douleur est souvent extrêmement nette. On peut fréquemment constater que du même côté du col de l'utérus se trouve la plaie qui a été irritée.

Généralement ces phénomènes douloureux sont passagers, ils s'éteignent en quelques jours, et, le repos aidant, les accidents s'arrêtent. Quelquefois pourtant la douleur persiste, la fièvre vient, le cul-de-sac se tend et on assiste au développement d'une pelvi-péritonite ou d'un phlegmon; nous y reviendrons plus loin et le lecteur ne comprendra la relation de ces phénomènes que quand il les aura tous étudiés.

J'ai été bien frappé pour ma part de l'analogie de ces accidents avec ceux que nous observons tous les jours chez des gens porteurs d'herpès, ou de chancres, ou d'excoriations quelconques du prépuce. S'ils ont marché et surtout s'ils ont été cautérisés au nitrate d'argent, on observe la douleur locale, la douleur sur le trajet des vaisseaux jusqu'aux ganglions, le gonflement passager et douloureux de ceux-ci. Ces accidents passent communément, mais ils peuvent aussi s'aggraver.

Pour marquer plus encore l'analogie, notons ces phénomènes douloureux survenant brusquement chez les femmes atteintes de blennorrhagie vaginale et utérine, s'accusant par des douleurs abdominales très-vives. On croit habituellement à une péritonite, tant les apparences sont graves. Dans ces cas, la pression digitale des cul-de-sac vaginaux est très-douloureuse. Les accidents cèdent en peu de jours aux bains, aux émollients, aux narcotiques. Ne sont-ce pas là des conditions d'étrange analogie avec ce que l'on observe sur les angioleucites de la verge se développant chez les individus qui ont des blennorrhagies.

Tout en faisant une hypothèse, nous ne cessons pas de nous appuyer sur l'anatomie. Nous n'insistons ni sur la symptomatologie, ni sur les accidents graves pouvant être engendrés par les angioleucites bénignes au début, même en dehors de l'état puerpéral, pour ne pas nous répéter en revenant aux accidents graves péri-utérins.

GROSSESSE TRI-GÉMELLAIRE

Difficulté du diagnostic. — Accouchement prématuré au huitième mois. — Une application de forceps. — Trois poches des eaux. — Un placenta unique. — Un mode d'insertion différent pour chacun des cordons ombilicaux. — Trois enfants vivants, du sexe féminin. — Suites de couches normales.

(Observation recueillie par le **D^r Moussous**, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux)

Madame D... m'ayant fait savoir qu'elle s'adresserait à moi, d'après le conseil de son médecin, pour lui donner des soins lors de son prochain accouchement, j'allai la voir le 25 avril 1873, et, dans cette première visite, je recueillis les renseignements qui suivent.

Madame D..., est âgée de 39 ans; son teint est très-brun, sa taille un peu au-dessous de la moyenne; quoique d'apparence grêle, elle se porte ordinairement bien.

C'est la troisième fois qu'elle est enceinte. La première grossesse remonte à treize ans, la seconde à huit; les deux accouchements ont été normaux.

Madame D..., a eu ses règles dans la première semaine d'octobre 1874; depuis cette époque elle n'a pas été menstruée, aussi a-t-elle des raisons particulières pour placer le début de sa grossesse actuelle entre le 13 et le 20 de ce même mois.

Elle affirme qu'elle a senti remuer son enfant vers le commencement de mars, et elle est convaincue qu'elle doit accoucher dans les environs du 20 juillet.

Madame D..., appelle mon attention sur la coloration de sa peau; elle croit avoir la jaunisse, elle est dans le vrai; car c'est bien d'un ic-tère apyrétique qu'elle est atteinte.

Elle me fait aussi observer que la marche de cette grossesse diffère un peu de celle des deux autres; que, si elle n'est pas malade dans le vrai sens du mot, elle éprouve du moins un état de malaise continu; elle se plaint de n'avoir plus de sommeil. Je lui conseille les bains bi-carbonatés et un peu de sirop de chloral le soir.

Un mois après cette entrevue, le vingt-sept mai, vers sept heures

du matin, Madame D... me fait prier de passer chez elle. Elle m'apprend que depuis ma visite elle a toujours souffert, que son ventre a grossi d'une façon démesurée, qu'elle respire avec une extrême difficulté et ajoute que, depuis la nuit dernière, elle ressent des douleurs qui pourraient lui faire supposer que son accouchement est imminent, si elle n'avait la conviction de n'être pas à terme.

Je fais coucher Madame D... et j'examine. Son abdomen est effectivement énorme; la tumeur qu'il dessine part du pubis, s'élève en se cintrant jusqu'au delà de l'épigastre, où elle disparaît sous les fausses côtes qu'elle soulève; elle a cet élargissement latéral qui caractérise les présentations transversales franchement accentuées. Tout le ventre est tendu, ses plans musculaires très-difficiles à déprimer: la plus légère pression y détermine de la douleur. Malgré une exploration minutieuse que je n'ose prolonger, car elle fatigue Madame D..., je ne puis atteindre la moindre partie fœtale, l'auscultation ne me permet pas non plus de saisir les bruits d'un cœur de fœtus en activité physiologiques. Dans son ensemble le modelé de l'abdomen réveille plutôt l'idée d'une ascite considérable que d'une grossesse près de son terme.

Le toucher que je pratique complète mon examen; non-seulement j'acquies la certitude que Madame D... est enceinte, mais encore celle que le travail est commencé. Mon doigt atteint aisément le segment inférieur de l'utérus déjà rendu dans l'excavation, repoussé par une partie fœtale qu'il coiffe et que je reconnais pour être le vertex. Le col est complètement effacé; la dilatation de son orifice dépasse en étendue la dimension d'une pièce de 2 francs.

Le doigt, en s'insinuant entre le pourtour de l'orifice et les membranes, se rend compte du petit volume de la partie en présentation, qui, restée mobile, est facile à repousser. Cela n'a rien d'étonnant du reste, car Madame D... a le bassin bien conformé et n'est arrivée qu'au deux cent dix-neuvième jour de la gestation (1); ce qui ne s'explique pas aussi aisément, c'est la coïncidence d'un fœtus si petit et d'un ventre si volumineux. Je crus tout d'abord à l'existence d'une grossesse gémellaire; mais, pour des raisons que je donnerai plus tard, je repoussai cette idée pour adopter celle d'une grossesse simple avec hydropisie de l'amnios.

(1) En acceptant le 20 octobre comme date de la conception, le 27 mai, Mme D... était au 219^e jour de sa grossesse.

J'annonçai à Madame D... qu'elle était en travail, qu'elle accoucherait probablement dans la journée et je me retirai. A midi je revois Madame D...; elle est inquiète, agacée. Le travail n'est pas franc, marche avec lenteur; cependant la dilatation est en progrès; à 2 heures, elle est presque complète; mais les contractions, au lieu de se rapprocher, s'espacent de plus en plus et arrivent bientôt au calme plat.

Persuadé que le travail était entravé par la surabondance du liquide amniotique, je me décidai à rompre les membranes. Les eaux s'écoulèrent en quantité. Je constatai la position: c'était la première du sommet. Je pus me convaincre une fois encore de la petitesse du fœtus au peu d'écartement existant entre les deux fontanelles. Deux ou trois douleurs rapprochèrent le vertex du plancher périnéal; mais l'accalmie se manifesta de nouveau avec une persistance qui désolait Mme D... Pour en finir, je pris le parti d'aller saisir la tête avec le petit forceps anglais; par une seule traction modérée, j'en opérai le dégagement. Pendant que j'étais occupé à retirer la branche droite du tracteur, sous l'influence d'une contraction, le reste du corps du fœtus, avec un flot de liquide, fut lancé comme un trait au dehors de la vulve; je dus le saisir, pour ainsi dire à la volée, afin de l'empêcher de rouler sur le parquet. Il était débile, mais il respira; il pesait 1,005 grammes et mesurait 35 centimètres, comme je m'en assurai plus tard.

Mme D... était en face de moi, en travers du lit de misère, les deux jambes appuyées sur deux chaises; j'étais donc à mon aise pour la surveiller, et ce ne fut pas sans étonnement que je m'aperçus que son ventre n'avait presque rien perdu de son volume primitif.

Par prudence, je sectionnai le cordon ombilical entre deux ligatures, et l'enfant remis à la garde, je m'occupai de la mère. J'acquis immédiatement la certitude que l'utérus contenait un second fœtus; une nouvelle poche des eaux avait déjà envahi son orifice; on y trouvait une petite partie fœtale mobile qui donnait la sensation d'un pied. Après la déchirure des membranes qui ne se fit pas longtemps attendre, le membre abdominal gauche prolaba apparut à la vulve. Le second enfant se présentait par le siège, son sacrum regardant le côté latéral gauche du bassin maternel. Les hanches sorties, un mouvement de spirale ramena le plan abdominal sous l'arcade pubienne; je ne le contrariai pas. Avec un produit aussi petit, la déflexion de la tête ne pouvait être un embarras.

L'expulsion terminée, l'enfant, comme l'avait fait le précédent, se

mit à respirer. Il était un peu plus vigoureux, pesait 1,230 grammes, mesurait 36 centimètres. Le second cordon fut sectionné comme le premier entre deux ligatures, car tout n'était pas terminé : Mme D... avait encore à traverser une nouvelle épreuve, et je dus lui apprendre, en faisant appel à toute son énergie, qu'elle allait donner naissance à un troisième enfant.

N'ayant pas de seigle ergoté sous la main, je lui administrai presque coup sur coup, trois cuillerées à café de la liqueur obstétricale de Liegeard, dont j'avais un flacon dans ma sacoche : c'était une garantie contre une inertie probable de la matrice, qui était à redouter au moment de la délivrance. Un quart d'heure après, le troisième fœtus fut expulsé ; il présentait le sommet, la petite fontanelle en avant et à gauche. Il n'y eut pas de mouvement de rotation des épaules : le dégagement se fit, le plan abdominal frôlant la commissure du périnée. C'était le plus chétif des trois fœtus. Comme les deux premiers, il respira immédiatement. Il pesait 980 grammes, et mesurait 34 centimètres.

L'utérus revenu sur lui-même, fortement contracté, je ne fis rien pour hâter le décollement du placenta ; il s'opéra physiologiquement 20 minutes après l'expulsion du dernier enfant. Quand j'eus la conviction qu'il était en partie rendu dans le vagin, je l'attirai vers la vulve, à l'aide des trois cordons réunis en un faisceau ; puis, l'enroulant plusieurs fois sur lui-même, je l'entraînai au dehors, non sans peine, car il était très-volumineux. Mme D... perdit peu de sang : elle était fatiguée, je la laissai deux heures sur le petit lit.

Le lendemain j'examinai le placenta. Il est commun aux trois fœtus, d'une forme discoïde ; son contour est régulier. Dans le sens de sa plus grande largeur il a 28 centimètres, 27 dans celui de sa longueur. Le mètre, déroulé autour de son bord circulaire, arrive à 71 centimètres.

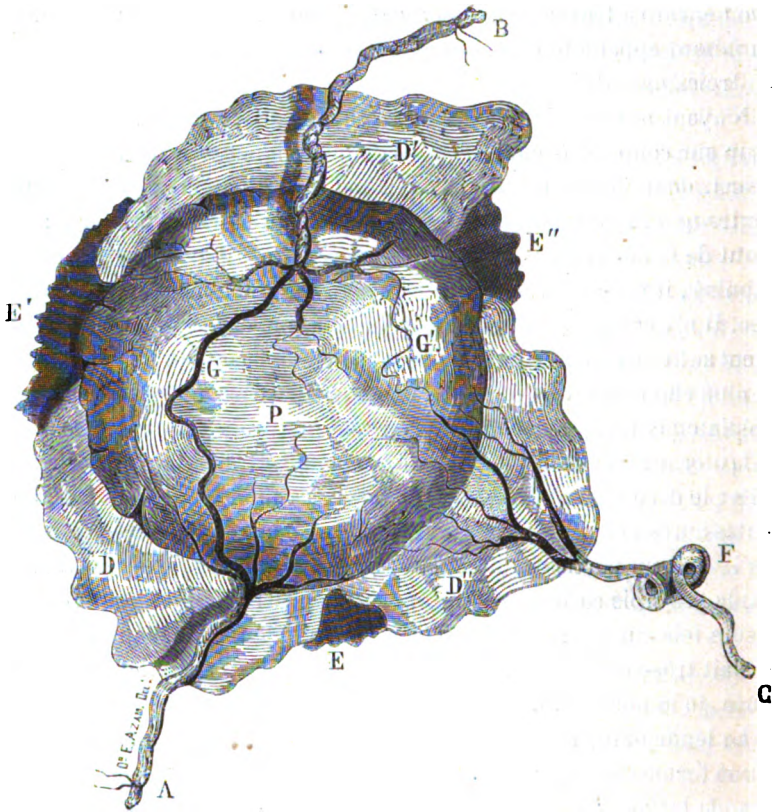
Dans la partie centrale, son épaisseur est de 4 centimètres. Je ferai remarquer, qu'immérgé dans l'alcool depuis près de quinze heures, il a déjà subi dans son ensemble un mouvement de retrait. Bien égoûté, il donne un poids de 997 grammes.

Au terme de la grossesse, en moyenne, le placenta est long de 15 à 17 centimètres — large de 13 à 16 — et pèse de 500 à 600 gr. (1).

Si l'on se rappelle que celui que j'étudie n'a pas encore atteint son entier développement physiologique, qu'il lui manque encore une cin-

(1) Nægele et Grenser. Trad. par Aubenas, 1869, p. 54.

quantaine de jours de vie intra-utérine, on conviendra qu'il peut être classé dans les placentas plus que volumineux.



Placenta, face fœtale.

P, masse placentaire. A, cordon de l'enfant, 1^{er} né (insertion marginale). B, cordon de l'enfant, 2^e né (insertion centrale). C, cordon du 3^e enfant (insertion velamentosa). D, D', D'', débris des membranes. E, E', E'', reste de la caduque. F, sorte de nœud d'un des cordons constitué par des adhérences. G, grande anastomose entre les cordons A et B. C', petite anastomose entre les terminaisons des cordons B et C. — Poids du placenta 997 grammes, hauteur 88 centimètres, largeur 27 centimètres, bord circulaire 74 centimètres.

Sa face utérine n'offre rien de particulier : les cotylédons sont régulièrement développés ; les sillons qui les séparent n'ont rien de spécial, et dans leurs profondeurs je n'ai point rencontré ces ponts membraneux qui, quelquefois, relient des placentas primitivement isolés.

Sur la face fœtale, bien que chaque fœtus ait eu une loge particulière

et que les parties en présentation se soient avancées dans le bassin précédées d'une poche des eaux régulièrement constituée, je ne retrouve pas distinctes, les traces des cloisons formées par l'adossement des membranes, ce qui pourrait s'expliquer par les lacérations que j'ai dû nécessairement infliger au chorion et à l'amnios de chaque fœtus, au moment de l'extraction du délivre, qui n'a pas été, comme je l'ai dit, sans difficulté. Ce que la face fœtale offre de vraiment curieux, ce sont les points d'attache des trois cordons ombilicaux. Ne dirait-on pas, en effet, que ces cordons intelligents, forcés par la mauvaise fortune de vivre sur un territoire trop restreint, ont compris qu'ils se devaient des concessions mutuelles sans que ces concessions, toutefois, dussent aller jusqu'à l'abdication de leur importance individuelle. Aussi, le plus vigoureux des trois, celui qui appartient à l'enfant le moins débile, s'est-il installé dans la partie centrale du délivre (insertion centrale), à la place de choix : « *Ego primam tollo, nominor quoniam leo.* » Celui qui vient après n'ose envahir le placenta et se contente de n'entrer en relation avec lui que par une portion de son bord (insertion marginale); enfin, le plus infime des trois, celui de l'enfant le plus chétif, ne l'atteint que par les extrémités déliées de sa veine et de ses deux artères, son insertion s'étant faite en plein sur les membranes (insertion velamentosa). Une grande et une petite anastomose établissent, entre les vaisseaux des trois cordons, des communications manifestes, et prouvent que la précaution que j'avais prise de lier les deux bouts de chaque tige vasculaire n'était pas inutile. Ainsi se trouvent réunis, par une bizarrerie étrangée, sur une même pièce, les trois modes d'insertion du cordon que décrivent les anatomistes.

Réflexions. — La grossesse trigémellaire n'est pas commune. En Angleterre, en Allemagne, elle est un peu moins rare qu'en France, où on ne la rencontre qu'une fois sur 11,105 grossesses. A la Clinique de Paris, sur 14,333 accouchements, pratiqués dans cet établissement, dans une période de dix-huit années, un seul a donné trois produits. A Bordeaux, dans une même année, Rousset, Ch. Dubreuilh et Burguet ont, chacun, observé une grossesse trigémellaire. Quant à ce qui me concerne, je n'étonnerai personne en disant que, le jour où je me suis trouvé en présence de Mme D..., je n'avais aucune expérience personnelle de ce genre de grossesse; il n'est donc pas surprenant que

jé l'aie méconnue. La grossesse trigémellaire n'a point, du reste, un syndrome qui lui soit particulier.

Le diagnostic des grossesses multiples, basé sur le développement insolite du ventre, sur son élargissement latéral, sur la dépression verticale qui le divise en deux segments, sur la possibilité de percevoir en divers points de la paroi abdominale la sensation des mouvements actifs du fœtus, enfin, sur la gêne extrême de la respiration : ce diagnostic, devenu classique depuis Mauriceau, vise bien plus la grossesse gémellaire que celle à trois produits.

Paul Dubois professait que le diagnostic de Mauriceau, même pour la grossesse gémellaire, n'avait rien d'absolu, et qu'il arrivait souvent de constater tous les signes décrits par lui chez des femmes qui n'accouchaient que d'un seul enfant. Depuis Mauriceau, Mayor de Genève, de Kergaradec, Paul Dubois, et surtout Depaul, en appliquant à l'obstétrique l'immortelle découverte de Laënnec, ont doté le diagnostic des grossesses en général, d'un degré de précision qui lui manquait. Néanmoins, on voit malheureusement trop souvent encore, dans la grossesse gémellaire, des accoucheurs très-expérimentés ne reconnaître la présence d'un second enfant dans l'utérus qu'après l'expulsion du premier. Lorsqu'il s'agit de la grossesse tri-gémellaire, le cas devient plus embarrassant : parvenir à l'aide de l'auscultation à bien dégager le double battement de chacun des trois cœurs des fœtus, à bien limiter le point précis de chacun des maximum, à différencier le manque de synchronisme qui doit exister entre chacune des trois révolutions cardiaques, n'est pas chose facile, je pourrais dire possible. On comprend que pour réussir à constater, à travers la paroi abdominale, les trois foyers indépendants des impulsions des cœurs, il faut plus que de l'habileté d'oreille, il faut encore qu'il existe entre l'enceinte utérine et les plans fœtaux, des rapports de présentations et de positions qui doivent se réaliser bien rarement.

Dans la lutte pour l'existence, qu'elle soit intra ou extra-utérine, il y a toujours des opprimés. L'un des trois fœtus, repoussé par les deux autres, chassé par eux des lieux d'élection et rejeté au second plan, échappe à l'aire du stéthoscope. Dans le cas souvent cité de Nægele fils, l'auscultation ne révéla pas la nature de la grossesse, et ce ne fut qu'après l'expulsion d'un premier fœtus, que cet accoucheur put acquérir la certitude que l'utérus en contenait encore deux autres. Je n'oserais affirmer que Rousset de Bordeaux ait eu la prétention d'avoir reconnu, à l'aide de l'auscultation, quelques jours avant

le travail, une grossesse tri-gémellaire chez la femme qu'il accoucha et dont j'ai parlé; mais j'ai comme un vague souvenir d'une conversation dans laquelle il m'aurait donné le fait comme certain. Quant au cas qui m'est personnel, je puis dire qu'il n'a pas un seul moment fait naître en mon esprit l'idée d'une grossesse à trois produits. Frappé tout d'abord par le développement excessif du ventre, par son élargissement latéral, j'inclinai, comme on le sait, vers la pensée d'une grossesse gémellaire; mais en poursuivant mon examen, n'ayant pas constaté le sillon longitudinal de Mauriceau, ne pouvant réussir par la palpation à atteindre la moindre partie fœtale, l'auscultation ne me faisant entendre ni souffle utérin, ni bruit du cœur, je dus, en présence de ce ventre silencieux qui ne laissait deviner aucun de ses secrets, rejeter cette idée. Le toucher m'avait appris que le fœtus était petit, qu'il était resté mobile, quoique déjà descendu dans l'excavation, je trouvais là des raisons suffisantes pour diagnostiquer une grossesse simple avec hydropisie de l'amnios. L'hydramnios me donnait l'explication de l'énorme distension du ventre; et, comme je me figurais le fœtus perdu dans une atmosphère de liquide dont les couches superposées l'éloignaient de la paroi utérine, je comprenais pourquoi la main qui palpa n'allait pas jusqu'à lui, pourquoi l'oreille qui écoutait ne pouvait recueillir les bruits que le cœur frappait. J'étais dans l'erreur ou plutôt dans une demi-erreur. La grossesse était tri-gémellaire, mais l'eau qui s'échappait après chaque rupture des membranes et chaque expulsion de fœtus ne m'a laissé aucun doute sur l'existence de l'hydramnios.

Voilà vingt-neuf jours que Mme D..., est accouchée. Elle n'a pas eu le plus petit mouvement fébrile, pas la moindre tranchée utérine; son lait est abondant et elle nourrit momentanément ses trois filles. Celles-ci enveloppées de ouate, cernées par des cruchons d'eau chaude, tétant tant bien que mal, cherchent à se cramponner à la vie. Y réussiront-elles?

« Montaigne eût dit : que sais-je? et Rabelais peut-être. »

DU SÉRICEPS ET D'UN NOUVEAU TRACTEUR OBSTÉTRICAL.

Par M. le docteur **Pouillet** (1).

Je publiai, il y a onze ans, un mémoire sur la rupture des articulations du bassin pendant l'accouchement. Ce travail m'avait été suggéré par mon maître le D^r Delore, à la suite d'une autopsie de femme morte dans son service à l'Hôtel-Dieu, et présentant des ruptures articulaires faites à la Charité pendant un accouchement au forceps.

C'était alors le plus beau temps des luttes ardentes suscitées par la méthode des tractions mécaniques; je fus ainsi mêlé incidemment à ces discussions passionnées sur la mécanique obstétricale, et j'ai depuis lors cherché dans cet ordre d'idée, quelque chose qui pût, si c'est possible, faire mieux que le forceps.

Pour l'accouchement laborieux, la science a, pendant ces deux derniers siècles, armé la main du chirurgien de moyens puissants et qu'on est tout d'abord tenté d'admirer sans réserve. Cependant, un sentiment pénible peut surgir à l'esprit en pensant à la rigidité du forceps. On peut redouter le contact violent de cet acier sur la tête délicate qu'il vient saisir; et, dans les cas vraiment difficiles, quand, après des efforts prolongés, on n'amène qu'un enfant mort ou mourant, on en vient à regretter cette nécessité de recourir à la tenaille de Chamberlen.

J'ai pensé souvent alors à un moyen plus souple, moins meurtrier, qui nous permette d'étreindre sans contondre, et de tirer sans meurtrir cette tête d'enfant.

Faire des accouchements avec un instrument complètement souple, tel est le but que j'ai poursuivi.

Mais s'il y a loin de la coupe aux lèvres, quelle distance n'y a-t-il pas entre une idée théorique et ses moyens pratiques de réalisation?

J'ai fait tisser des étoffes, je les ai essayées, sans pouvoir les placer tout d'abord, bien entendu; je les ai modifiées, essayées de nouveau, et enfin je puis dire que j'ai atteint le but.

(1) Ce mémoire a été lu à la Société de chirurgie dans sa séance du 7 avril et renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guéniot, Blot et Polaillon. — Il est extrait du *Lyon médical* (1875).

Le 9 juin 1874, l'Académie de médecine accusait réception d'un pli cacheté renfermant la description du nouvel instrument.

Le 15 août suivant, je faisais avec succès mon premier accouchement à l'aide de ce tissu.

Après un second succès, je faisais, le 31 août, une communication à la Société nationale de médecine de Lyon. J'ai eu depuis occasion de montrer ce tissu en fonction aux Drs Delore, Vinay et Reboul.

Le 1^{er} mars, je faisais avec cet instrument mon huitième accouchement devant le Dr Reynaud, qui m'assista et publia cette observation dans le *Lyon médical* du 28 mars 1875.

Le 6 avril, le professeur Depaul voulut bien entretenir l'Académie de médecine de ce nouvel agent obstétrical, ainsi que du tracteur qui fait l'objet de la seconde partie de ce mémoire.

Le désir de faire les accouchements à l'aide d'instruments souples est tellement naturel, qu'il doit s'être offert à l'esprit du premier accoucheur. Aussi retrouve-t-on dans la science quelques tentatives faites à diverses époques pour obtenir ce résultat.

Mauriceau a, le premier, il y a deux cents ans, émis l'idée d'une espèce de fronde en étoffe; beaucoup d'auteurs ont depuis parlé de la fronde de Mauriceau, mais sans dire que cette idée, purement spéculative, n'a jamais été appliquée ni par Mauriceau ni par aucun autre.

Amand, en 1714, publia la description d'une coiffe en filet qu'il a portée dans la matrice pour en retirer une tête restée seule après la détroncation. Ce filet était porté, à l'aide de la main tout entière, sur la tête qu'il devait ramener ensuite.

Il y a cent ans environ, le docteur anglais Mead imagina une anse d'étoffe qu'on essayait d'insinuer, à l'aide d'une baleine, entre le menton et la poitrine.

Ce nouveau genre de filet est décrit avec soin par Smellie; cet auteur essaya, pendant plusieurs années, d'utiliser ce moyen, et, n'y ayant jamais réussi, il condamna l'instrument comme ne remplissant pas son but.

Je me suis procuré les gravures représentant ces deux derniers instruments, c'est-à-dire le filet de Pierre Amand et le filet du Dr Mead. Je tiens ces gravures, tout à fait authentiques, à la disposition de ceux de mes confrères que cela pourrait intéresser. Elles démontrent qu'il n'y a pas la moindre analogie entre ces deux instruments et celui que je viens proposer aujourd'hui.

Depuis Smellie, on ne trouve, dans les ouvrages des accoucheurs,

aucune tentative nouvelle, et les simples allusions, faites dans nos classiques au filet des anciens, témoignent, du reste, assez que ces essais étaient restés stériles.

Je puis donc affirmer, sans crainte d'être démenti, que, jusqu'à ce jour, il n'existait aucun moyen souple capable de prendre la tête engagée dans le bassin et d'exercer sur elle des tractions suffisantes pour terminer l'accouchement.

Quelque faible que soit son penchant pour le néologisme, on est obligé de désigner par un mot nouveau un instrument qui n'a pas encore de semblable. Je pensais d'abord l'appeler *tracteur-soie* ; mais je crois préférable le mot *sériceps*, dérivé des mots latins, *sericum* ; soie, et *capio*, je prends. Ce terme viendra se joindre aux mots construits de même : *forceps*, *léniceps*, *rétroceps*.

Description. — Le sériceps est composé : 1° d'une bande d'étoffe longue de 25 centimètres ; 2° de quatre rubans insérés à cette bande sur tout son bord inférieur. Ces quatre rubans sont, par une de leurs extrémités, adhérents à la bande transverse, et, par l'autre extrémité, ils se réunissent deux à deux pour constituer deux anses.

La bande transverse est destinée à être étalée autour de la tête fœtale ; ses deux extrémités sont reliées par des cordons de soie lacés d'avance dans des œillets. Ces cordons sont complètement relâchés pendant qu'on étale l'étoffe ; puis, lorsqu'elle a été bien placée autour de la tête, il suffit de serrer ces cordons pour fermer le cercle qui étreint ainsi l'ovoïde crânien. Si ce cercle a été porté assez haut sur cet ovoïde, il en étreint une zone d'un diamètre moins considérable que le diamètre central ; or, si la bande d'étoffe est inextensible et qu'on tire sur les deux anses de rubans implantées sur tout le pourtour de ce cercle, celui-ci ne pourra descendre sans que l'ovoïde crânien soit entraîné devant lui.

Tout cet appareil est tissé *ad hoc* par un métier de l'invention de l'auteur ; on évite ainsi les coutures et on assure le maximum de solidité.

La bande transverse et les rubans sont tissés en double étoffe, de façon à constituer des gaines semblables à des doigts de gants. L'appareil entier ne peut, du reste, être mieux comparé qu'à un gant d'étoffe qui n'aurait que quatre doigts réunis deux à deux en deux anses, en supposant toutefois que ce gant n'aurait pas l'ouverture où l'on insinue ordinairement la main.

C'est dans ces gaines que doivent glisser les tiges métalliques destinées à élever tout l'appareil entre la tête et l'utérus. Ces tiges ne sont autre chose que des branches de forceps en miniature que l'on a faites assez minces et assez élastiques.

Je me sers ordinairement de trois de ces branches pour élever trois points du cercle : un en arrière, et deux sur les côtés de la tête.

Ces trois branches, placées dans leur gaine d'étoffe, sont superposées pour les entrer dans la vulve jusque entre la tête et le sacrum ; ainsi superposées, elles n'ont pas à elles trois un volume plus considérable qu'une seule branche de forceps ordinaire.

On sépare ces branches lorsqu'elles sont arrivées près du promontoire.

La branche postérieure reste en arrière où on la pousse à une hauteur suffisante ; les deux autres sont conduites, par un léger mouvement de rotation, sur les côtés de la tête ; puis elles marchent à la rencontre l'une de l'autre, en avant de la tête, au-dessus des branches du pubis.

Les cordons sont ensuite serrés pendant que les branches métalliques sont encore dans leurs gaines.

Les cordons convenablement serrés, la tête est prise, et on n'a qu'à retirer les trois tiges métalliques, celles-ci reviennent, en laissant en place l'étoffe qu'elles ont portée autour de la tête fœtale.

Si la tête est très-volumineuse, la longueur de la bande d'étoffe, qui est de 25 centimètres, ne suffira pas pour en contourner toute la circonférence, et une certaine longueur des cordons complétera le cercle.

Si la tête est petite, l'étoffe suffira, et les cordons pourront être serrés à fond sans résistance.

Enfin, si les branches avaient été portées trop haut, au niveau du menton ou du cou de l'enfant, on serrera à fond les cordons, sans que l'étoffe soit tendue, et celle-ci redescendra un peu lorsqu'on tirera sur les rubans. Elle redescendra jusqu'à ce que le cercle d'étoffe soit tendu sur l'ovoïde crânien ; c'est ordinairement sur un point de la face que s'effectue la prise. Je pourrais appeler cercle *sous-occipito-malaire* la ligne qui est ordinairement saisie par le sériceps.

Ce cercle constitue une excellente prise, car au-dessous se trouvent les bosses occipitales et les bosses sourcilières, qui forment des reliefs suffisants.

J'ai placé cet appareil dans huit accouchements ; je dois avouer que cette manœuvre est un peu plus difficile et surtout un peu plus longue

que l'application du forceps, je la crois cependant à la portée de tous les accoucheurs qui voudront bien s'y exercer.

Cet instrument offre-t-il des avantages suffisants pour qu'on apprenne à s'en servir? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative; je suis convaincu que, dans tous les cas où on aura des tractions énergiques à exercer, surtout au détroit supérieur, le sériceps diminuera le chiffre de mortalité des enfants, tout en ménageant mieux les parties maternelles. Cette assertion n'est pas encore démontrée par une statistique, que l'avenir seul pourra fournir. J'essaierai donc seulement, au point de vue théorique, d'esquisser un parallèle nécessairement incomplet entre le forceps et le sériceps :

Au point de vue du volume, le grand forceps brisé du professeur Pajot pèse plus de 800 grammes; l'instrument métallique qui sert à placer mon étoffe ne pèse que 250 grammes; c'est donc une épaisseur bien moindre de métal à glisser entre la tête et l'utérus. Mais surtout l'étoffe qui reste seule au moment des tractions n'ajoute aucun volume appréciable à la tête fœtale. Ce tissu se moule facilement sur les lignes courbes des parties maternelles.

La rigidité du forceps meurtrit souvent les parties molles qu'il comprime entre lui et le bassin; la souplesse de nos rubans tracteurs n'exposera ces tissus à aucune compression violente.

La prise limitée du forceps déprime certains points de la tête et fait une compression localisée sur le cerveau de l'enfant. Cette compression doit avoir une influence difficile à préciser, mais qui ne peut être que défavorable. La prise de l'étoffe est, au contraire, souple et large; après des tractions très-énergiques, elle ne laisse aucune empreinte sur la tête.

Tandis que le forceps lâche prise, quelquefois même entre des mains habiles, le sériceps, une fois bien placé, a une prise d'une solidité à toute épreuve; je m'en suis assuré par des expériences inutiles à relater ici, et qui ont été faites sur plus de vingt têtes d'enfants morts à l'hospice de la Charité de Lyon.

Si le forceps, tiré par des cordons, a déjà acquis une certaine mobilité relativement aux mouvements de rotation, cette mobilité précieuse est encore limitée. Le sériceps permet des mouvements de rotation aussi étendus qu'ils seront utiles. Cette rotation peut atteindre un demi-cercle, et les positions occipito-postérieures peuvent ainsi facilement se terminer par le dégagement de l'occiput sous le pubis.

Dans les cas rares, il est vrai, où la détroncation se produit, on sait

combien est difficile la prise par le forceps de cette tête mobile dans l'utérus. Le sériceps, dans ce cas, pourra s'appliquer avec facilité et avec certitude.

Dans les cas exceptionnellement difficiles, lorsque, après des tractions assez prolongées, on se sera convaincu de l'impossibilité d'amener l'enfant sans mutilation, le sériceps pourra encore rendre de véritables services : en écartant les rubans, on portera les ciseaux de Smellie sur le crâne; les rubans, en tapissant le vagin, le protégeront lors du passage des instruments. La perforation une fois faite, on devra continuer de tirer sur les anses de rubans; sous l'influence de ces tractions, la substance cérébrale s'écoulera, et le crâne se réduira contre la filière pelvienne. Le sériceps gardera sa prise, car, étant placé au niveau de la face, la base du crâne, très-peu réductible, constitue une saillie suffisante pour que l'étoffe ne glisse pas. Il y a un certain nombre de cas, aujourd'hui justiciables du céphalotribe, qui, du moins je l'espère, pourront être terminés de la sorte.

Il est une considération qui, pour l'accouchée, a son importance : la seule proposition d'appliquer les fers exerce sur son esprit une pénible impression. Il n'en est rien de notre étoffe, qu'on peut montrer à la malade dans une enveloppe de lettre de petit format.

Le forceps, envisagé comme instrument de réduction de la tête, est plus défavorable qu'utile. La réduction qu'il produit ne peut porter que selon le diamètre transverse du bassin, et il a de la tendance à augmenter le diamètre sacro-pubien. Quant à ce dernier, qui cause presque seul les dystociés au détroit supérieur, il ne peut, quoi qu'on puisse dire, être réduit que par les parties maternelles. Le *Traité d'accouchement* de Nægele et Grenser renferme sur ce sujet un passage des plus remarquables; après avoir lu le § 429, on peut conclure, avec ces auteurs, que le meilleur forceps, toutes choses égales d'ailleurs, est celui qui fera le moins de compression sur la tête et laissera celle-ci utiliser transversalement tout l'espace du bassin. En un mot, l'idéal consisterait à obtenir un moyen de préhension sans exercer aucune pression latérale. Or, cet idéal, je puis dire que le sériceps le réalise; j'ai fait avec cette soie des tractions dépassant 50 kilogrammes, c'est donc un excellent moyen de préhension. Quant à la réduction de la tête, elle est, comme dans les accouchements naturels, confiée complètement aux parties maternelles. Les divers accouchements que j'ai faits avec le sériceps m'ont démontré que la mère et l'enfant s'en trouvent très-bien.

Signalons encore une différence considérable dans l'action des deux instruments : le forceps, par sa nature métallique, ne peut pas être supporté longtemps en place ; l'étoffe, au contraire, peut être supportée très-longtemps, sans même que la femme ait notion de sa présence. Dans un des accouchements que j'ai faits avec le sériceps, je l'ai laissé trente-cinq minutes en place, ne tirant qu'au moment des douleurs ; la femme a eu quatorze douleurs pendant ce temps ; j'ai donc quatorze fois réitéré la traction ; la femme a pu, pendant cet intervalle, marcher à diverses reprises sans en être en rien incommodée.

Ceci est capital, car on peut instituer une méthode nouvelle, celle des *tractions réitérées à chaque douleur* pendant un temps assez long. Cela ne permettrait-il pas d'utiliser mieux qu'avec le forceps l'élasticité des parties molles ? On réaliserait ainsi ce que Hamon a tenté vainement avec le rétroceps, c'est-à-dire l'*accouchement physiologique artificiel*.

Cette méthode pourra, du reste, être étudiée comparativement avec celle des tractions soutenues, et, si elle donne des résultats satisfaisants, on pourra l'appliquer à un grand nombre de primipares qui, sans avoir de véritables cas de dystocie, ont cependant des accouchements longs et douloureux.

En terminant, toutefois, je ne voudrais pas paraître méconnaître les immenses services que le forceps rend chaque jour. Les trois cents modifications qu'on connaît de cet instrument témoignent à la fois et des vices qu'on lui a trouvés et des prodigieux efforts qu'on a faits pour le perfectionner. Il sauve tous les jours de très-nombreuses existences.

Pour en faire un instrument presque parfait, n'a-t-on pas tordu l'acier dans tous les sens possibles ? Ce canevas n'a-t-il pas été patiemment travaillé par les mains les plus habiles ?

On nous approuvera donc, je l'espère, d'avoir cherché, sur une autre donnée, à faire faire un pas à notre art.

Puisse notre modeste chiffon de soie subir, lui aussi, de nombreux perfectionnements, et le textile lyonnais arrivera peut-être un jour à remplacer avantageusement l'acier anglais de Chamberlen.

NOUVEAU TRACTEUR OBSTÉTRICAL.

Dans les accouchements trop difficiles pour être faits, comme le montre la figure page 476, c'est-à-dire avec la main tirant l'étoffe, on

pourra appliquer sur le sériceps un tracteur mécanique. Nous sommes conduit à traiter cette question de la traction mécanique appliquée soit au forceps, soit au sériceps, et à proposer un nouvel instrument.

Les appareils de traction mécanique pour les accouchements ont été considérés au début comme des multiplicateurs de la force. Comme tels ils ont été sévèrement jugés. M. Pajot dit alors : « Je n'accoucherai jamais les femmes avec un treuil ni avec un cabestan ; c'est là mon dernier mot. » Cette spirituelle boutade semblait avoir définitivement condamné la méthode. Cependant, si un bon mot manque rarement de produire un certain effet, il n'entraîne pas des convictions définitives ; on continua de sentir le besoin, non pas de multiplier la force, mais de régler son action, de la graduer par un accroissement régulièrement progressif, de la soutenir à un même degré, de l'enregistrer par le dynamomètre, et enfin, de lui assigner un maximum qu'on ne dépasse jamais sans danger : toutes choses que ne peut faire le bras le plus exercé et encore bien moins l'association de deux personnes pour tirer. Aussi les tractions à deux, mentionnées dans les faits de la thèse de Bailly, ont-elles produit les effets les plus déplorable, même exécutées par les maîtres de l'art ; qu'on juge de ce qu'elles peuvent fournir à des praticiens moins spécialement voués à ces études. Je ne crains pas d'insister sur ce point : deux accoucheurs réunis pour tirer ne peuvent savoir ni l'un ni l'autre la somme de leurs efforts.

Les tractions mécaniques seules peuvent apporter dans ces opérations à la fois sécurité et précision.

Pourquoi d'ailleurs cette précision, exigée aujourd'hui dans toutes les branches de notre art, serait-elle repoussée de la pratique obstétricale ?

Les tractions mécaniques, on peut le dire, gagnent donc chaque jour de nouveaux partisans. Frappées tout d'abord à Paris comme à Lyon d'un ostracisme sévère, elles ont cependant peu à peu pénétré dans la pratique.

Bon nombre d'accoucheurs ont constaté leur supériorité sur les tractions manuelles au triple point de vue de la force moindre à employer, de la direction meilleure et enfin de l'innocuité.

Je pourrais citer tel de nos accoucheurs lyonnais les plus réputés qui, au début, consciencieusement hostile au tracteur, aujourd'hui n'aborde pas un cas de dystocie sans recourir à son emploi.

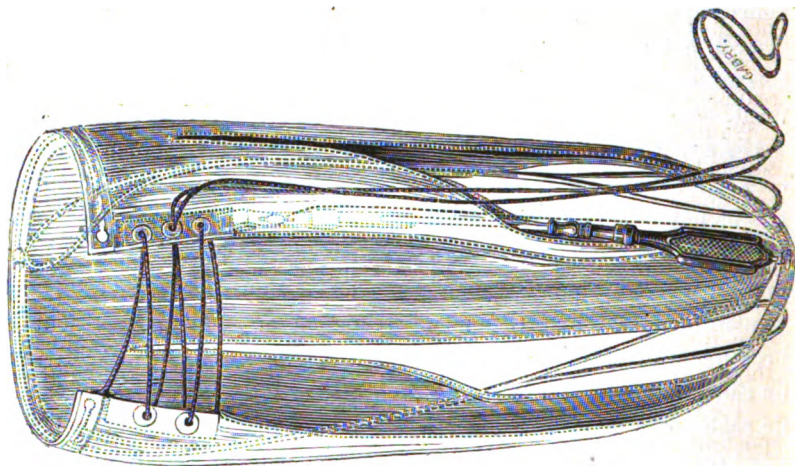


FIG. I. — Sériceps dont les cordons sont relâchés. On voit dans les gaines les tiges propres à élever l'appareil entre la tête et l'utérus.

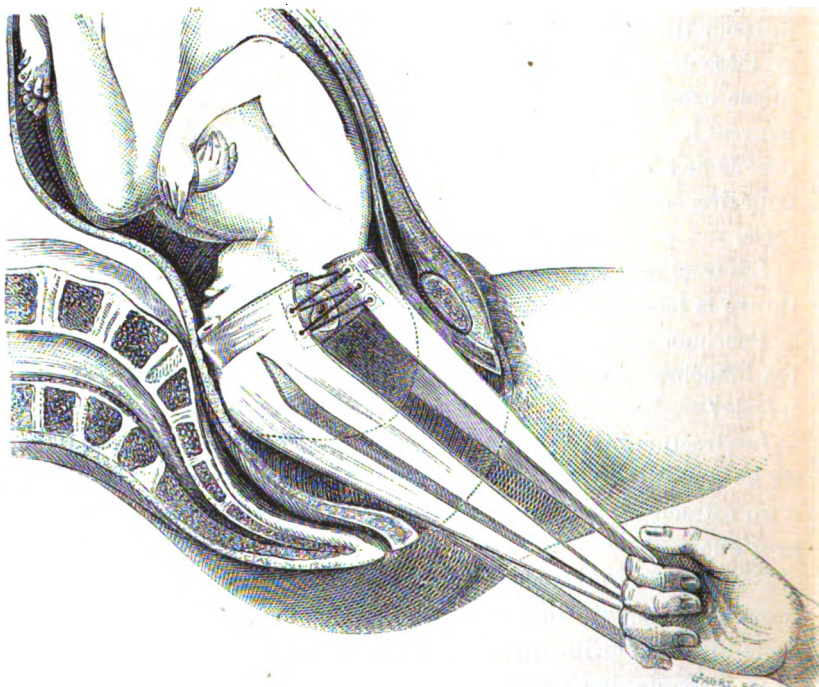


FIG. II. — Sériceps en fonction tiré par une main. Les anses d'étoffe font poulie sur les doigts, de telle sorte que les rubans sont tous uniformément tirés et répartissent ainsi la traction également sur tout le pourtour de la tête.

A Paris même, un chirurgien distingué des hôpitaux, chef d'un service obstétrical, me disait récemment : « Les tractions mécaniques constituent en obstétrique un progrès analogue à celui qu'elles ont réalisé pour le traitement des luxations.

L'auteur de cette méthode, le docteur Chassagny, a eu récemment la satisfaction d'obtenir une des plus hautes récompenses qui puissent couronner les travaux d'un savant : l'Institut de France a jugé l'œuvre de notre confrère digne du prix Montyon (Académie des sciences, janvier 1872). Le rapporteur Charles Robin, bien que non spécialement accoucheur, a mis en relief dans son rapport tout ce qui peut être justement revendiqué comme un progrès par la nouvelle méthode.

Toutefois, si on lit attentivement tout ce qui a été écrit sur cet important sujet, il est facile de reconnaître que le point d'appui pris sur les genoux par l'appareil Chassagny ne satisfait pas entièrement les partisans même des tractions mécaniques; de nombreuses tentatives ont été faites pour trouver d'autres points d'appui.

Joulin a, le premier, essayé d'appuyer son aide-forceps sur la région pelvienne.

Tarnier, à l'aide de ses moufles, a pris un point d'appui non plus sur la malade, mais sur un point plus ou moins éloigné du plancher. Delore, à Lyon, employait du reste déjà ce même moyen avant le chirurgien de Paris.

Hamon (de La Rochelle) a fait construire aussi un appareil de traction qu'il appuie par deux béquilles sur les plis génito-cruraux de la malade.

Pros, de la même ville, a fait, lui aussi, un nouveau tracteur que le professeur Depaul a eu l'obligeance de me montrer. Il prend son point d'appui sur un cadre de bois placé sous le siège de la malade.

De toutes ces tentatives, aucune ne s'est emparée de la pratique, mais elles témoignent de l'unanimité avec laquelle on a jugé imparfait l'appui sur les genoux; je suis convaincu que ce desideratum a dû ralentir la vulgarisation du tracteur.

Les inconvénients de l'appui sur les genoux ont été énumérés maintes fois, je les citerai sommairement ici :

1° La mobilité des cuisses exige au moins deux aides pour les maintenir dans une fixité relative;

2° Malgré tous les efforts de ces aides, il survient toujours quelque

déplacement des genoux, ce qui relâche la traction et peut même rendre vicieuse la direction dans laquelle on tire ;

3° En mettant les cuisses dans l'extension complète, elles ne peuvent pas arriver à être perpendiculaires au plan du détroit supérieur ; la direction des tractions est donc toujours un peu éloignée de celle qu'on cherche à atteindre dans les cas de dystocie au niveau de ce détroit ; ce sont ceux exigeant le plus impérieusement l'emploi d'une force relativement élevée.

Tels sont les inconvénients du seul tracteur qu'on trouve aujourd'hui dans la pratique. Cette énumération légitime suffisamment nos efforts pour obtenir un appareil plus simple et mieux approprié que le tracteur Chassagny.

Je me suis proposé en construisant ce nouvel instrument de réaliser les conditions suivantes :

1° Exécuter la contre-extension en prenant son point d'appui sur le bassin même de l'accouchée, seul moyen pour que la traction opérée soit vraiment et uniformément soutenue ;

2° Tirer non plus dans une direction unique, mais tirer au gré de l'accoucheur, dans les diverses directions utiles aux divers temps de l'accouchement ;

3° Pouvoir appliquer ce tracteur sans être secondé par aucun aide et en laissant à la malade la liberté de mouvement et de position de ses membres inférieurs ;

4° Appuyer sur les ischions, de façon que la pression soit supportée sans douleur par la malade, et qu'aucune partie du tracteur ne gêne la direction des cordons, l'évolution du forceps ou l'arrivée de la tête ;

5° Enfin le rendre simple, portatif et peu coûteux.

L'idée réalisée par cet instrument, je m'empresse de le dire, n'est pas une idée neuve, c'est celle de Joulin : *l'appui sur le pelvis*, mais réalisée par un moyen absolument pratique et tout à fait commode.

L'aide-forceps de Joulin s'appuyait sur le périnée par une grande traverse droite, celle-ci devait porter largement sur toutes les parties molles du siège, sans viser spécialement aucun point particulier du squelette de la femme. Elle était *placée au devant du forceps*, dont elle empêchait complètement l'évolution en avant. Enfin elle barrait le détroit inférieur et fermait complètement la vulve. Cet instrument devait donc être enlevé, alors que la tête tout entière était encore logée dans l'excavation pelvienne.

Aussi on peut dire que l'auteur même de cet instrument a renoncé

à s'en servir. Il l'avait employé deux fois en 1860, alors qu'il le présenta à l'Académie de médecine, et lorsqu'il publia son *Traité d'accouchements*, sept années après, il n'avait encore à son actif que ces deux applications faites sur des enfants venus morts. Cette conduite de l'auteur de l'aide-forceps est des plus significatives. Il suffit, d'ailleurs, de jeter les yeux sur la figure du *Traité d'accouchements* de Joulin, page 1057, pour comprendre ce qu'il y a d'irrationnel dans cet instrument et s'expliquer pourquoi l'auteur s'est sagement borné à ces deux seules applications.

Description du nouveau tracteur.

Cet instrument (*figure 1*) se compose de trois parties : 1° un arc pelvien ABCD ; 2° une tige pleine EF ; 3° une canule à vis droite.

L'arc pelvien est terminé à chacune de ses extrémités par une boucle quadrangulaire fléchie sur elle-même, de façon à constituer des espèces de cupules dans lesquelles viennent se loger les ischions. Ces boucles sont enveloppées de caoutchouc.

Les dimensions de cet arc ont une grande importance : de A à C il y a 9 centimètres ; de B à D il y en a 10 1/2.

La largeur des boucles de A à B et de C à D est de 7 centimètres.

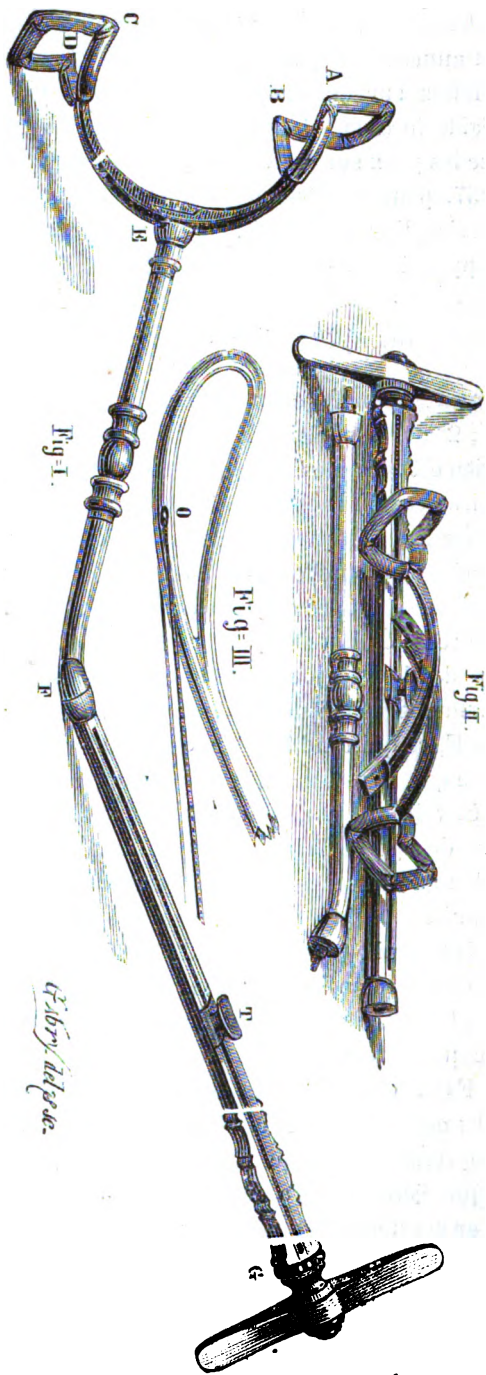
L'arc lui-même est constitué par deux pièces que réunit fortement la tige vissée en E, ce qui rend l'instrument moins volumineux une fois démonté, et ce qui, dans certains cas, permet d'agrandir l'arc : quand la tête est très-volumineuse, si on la trouve serrée par l'arc pelvien lorsqu'elle se dégage de la vulve, il suffit de dévisser un tour de la vis E pour donner un centimètre de plus d'écartement entre les deux boucles d'appui.

La tige EF est droite jusqu'à son extrémité F, où elle s'infléchit en avant ; elle se termine en E par une vis solide réunissant les deux parties de l'arc, et en F elle s'articule par un carré dans la canule à vis, de telle sorte que cette canule fait avec la tige EF un angle de 140°.

La canule FG est donc inclinée sur le plan général de l'instrument d'environ 40° ; elle renferme une vis qu'on fait mouvoir à l'aide d'une poignée transversale, et cette vis fait cheminer un taquet-écrou T. C'est à ce taquet-écrou que s'accroche l'anse des cordons qui tirent le forceps ou l'anse inférieure du sériceps.

Ces cordons doivent être noués de façon à ce que la traction commence à s'effectuer lorsque le taquet est le plus près possible du

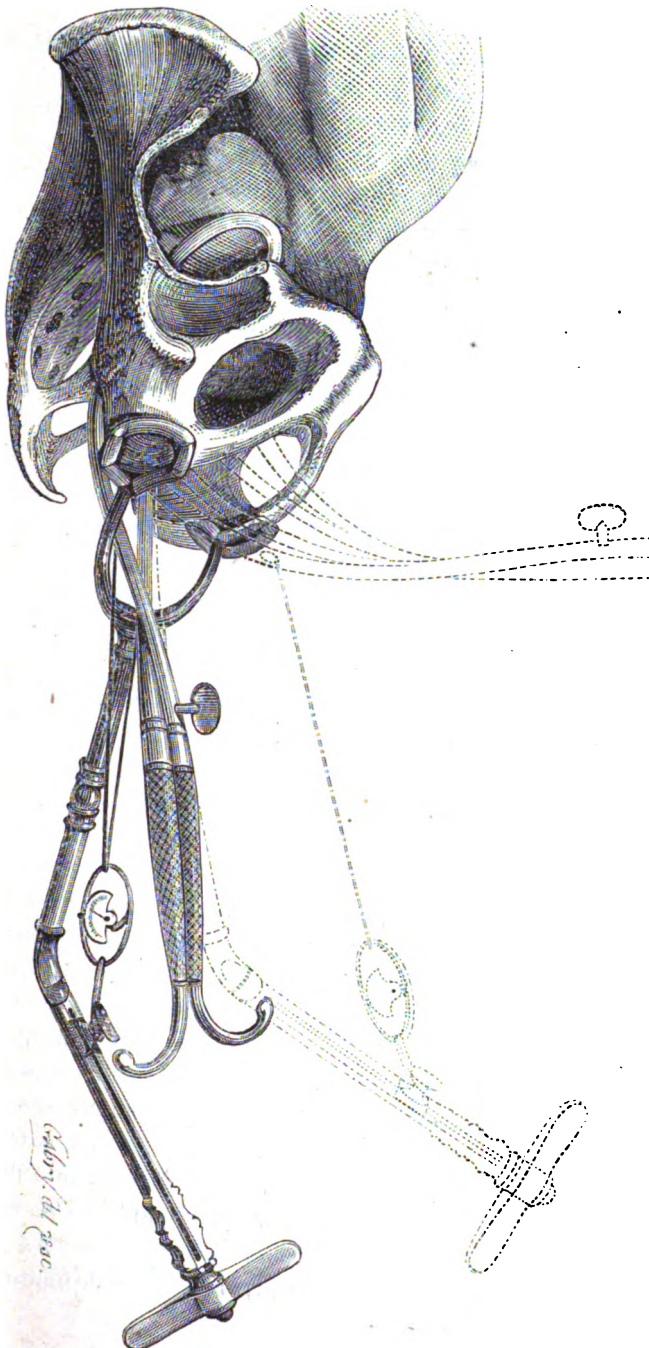
Planche II.



Libry Adg. de.

DU SÉRICEPS.
Planche III.

481



Chap. du sericeps.

point F. L'accouchement se terminera lorsque le taquet arrivera près du point G.

La *figure II* montre ce tracteur démonté en E et en F; l'appareil est alors assez peu volumineux pour entrer dans une poche.

La *figure III* montre le point O, où est percée chaque branche du forceps ordinaire pour y passer les cordons de traction. De cette façon ils sont insérés sur le forceps au niveau même du centre de la tête. Cette condition est, à notre avis, de la plus haute importance.

Ce tracteur s'appuie sur le bassin même en y prenant quatre points d'appui, un en avant et un en arrière de chaque ischion. Ces quatre points ABCD forment un quadrilatère divisant transversalement l'aire du bassin, et c'est dans ce quadrilatère que passent les cordons de traction. Il en résulte que l'instrument conserve de lui-même la position qu'on lui donne; chaque tour de vis l'applique plus fortement contre le bassin sans avoir la moindre tendance à le faire basculer. L'opérateur peut ainsi se dispenser du secours de tout aide, et il peut même, d'une seule main, opérer la traction pendant que l'autre main soutient le périnée.

Or, les ischions étant des tubérosités sensiblement arrondies, il est possible d'appliquer l'instrument contre ces tubérosités dans diverses positions, en faisant pour ainsi dire pivoter tout l'appareil d'arrière en avant autour de la ligne fictive qui réunirait ces deux os. L'accoucheur reste ainsi maître de la direction; au début il place le tracteur dans une position aussi postérieure que possible, puis, vers le milieu de l'accouchement, il change cette position; il relâche la vis et place l'instrument autant en avant que possible. D'autre part, si l'on remarque l'obliquité de la vis sur la figure générale de l'instrument, on reconnaît que cette vis, oblique en avant, change à chaque tour la direction de la traction. Celle-ci est de plus en plus antérieure à mesure que le taquet-écrou parcourt son trajet oblique. Cet instrument commence donc la traction en arrière à peu près perpendiculairement au détroit supérieur, et finit cette traction en avant dans une direction sensiblement perpendiculaire au détroit inférieur, après avoir tiré dans toutes les directions intermédiaires à ces deux extrêmes.

La *planche III* montre le tracteur tirant un forceps, la tête étant au détroit supérieur; le pointillé montre la position qu'aura l'instrument vers la fin de l'accouchement, le forceps s'étant relevé en avant et étant près de se dégager tout à fait.

A la simple vue de cet instrument, on se demande tout d'abord si la

pression qu'il fait sur les ischions n'est pas insupportable à la malade ; heureusement les faits se sont chargés de me démontrer qu'il n'en est rien. Chaque ischion est matelassé par la nature d'une certaine couche adipeuse, et la peau, dans ces régions, est disposée pour supporter la station assise, de telle sorte que la pression faite sur les ischions n'est nullement douloureuse. Les parties de l'instrument qui s'appuient sur la peau sont, en outre, enveloppées d'un tube de caoutchouc assez épais. On peut, du reste, se convaincre soi-même de l'innocuité de cette pression : pour cela, s'asseoir sur ce tracteur, son extrémité manuelle reposant sur le sol ; on peut ainsi se convaincre qu'on y est assez bien assis, même en y abandonnant tout le poids de son corps ; c'est donc, pour ainsi dire, un siège portatif. Il est peut-être des circonstances où un touriste ne le dédaignerait pas.

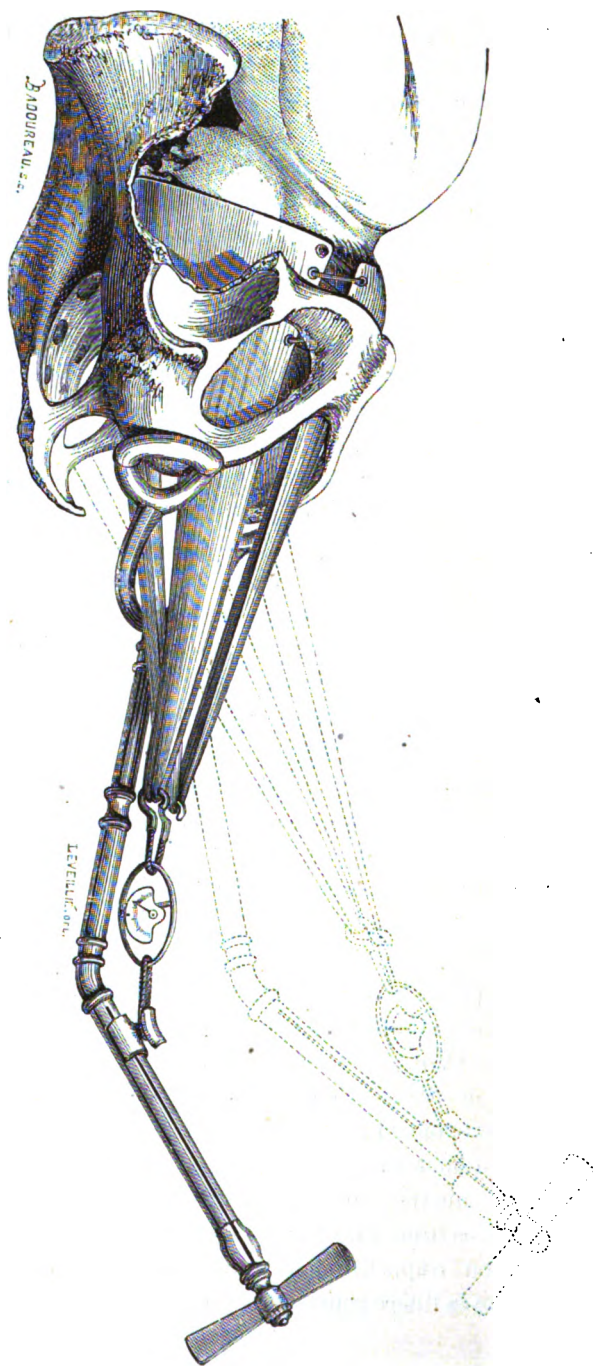
J'ai eu l'honneur de présenter ce tracteur à M. Pajot ; je lui en ai démontré le fonctionnement sur le forceps. Ce professeur, tout en restant encore hostile, en principe, aux tractions mécaniques, m'autorise à dire que, comme mécanisme et comme instrument, ce tracteur est très-supérieur à tous ceux qui lui ont été présentés jusqu'à ce jour.

Ce tracteur peut s'employer avec tous les forceps (voir la planche III) ; il est toutefois important de suivre la donnée parfaitement rationnelle sur laquelle le docteur Chassagny a insisté avec tant de justesse : il faut porter l'insertion des cordons tracteurs sur le forceps au niveau même du centre de figure de la tête, et il ne suffit pas de passer simplement les cordons dans l'ouverture de chaque cuiller.

A ce point de vue, le forceps qu'a fait construire le docteur Chassagny est très-utile. On peut cependant, si on n'a pas cet instrument, utiliser le forceps habituel. Il suffit pour cela, comme le docteur Laroynne l'a fait à la Charité, de faire perforer, au milieu de leur longueur, les bords de chaque cuiller, et de passer dans ces orifices les anses de cordons ou de lacets sur lesquels on tire.

Ce tracteur s'applique également bien sur le sériceps, comme le montre la planche IV que je dois au crayon habile de M. Léveillé. Là encore les anses de rubans font poulie sur les deux crochets, et les quatre rubans sont constamment également tirés de façon à répartir également la traction sur tout le pourtour de la tête.

En résumé, je suis très-partisan de substituer aux secousses de nos efforts musculaires une force mécanique soutenue, graduée, non aveugle, comme on l'a appelée, mais intelligemment dirigée suivant les axes successifs de la filière courbe du bassin et toujours enregistrée



par un dynamomètre. Mais pour que cette traction soit vraiment soutenue, il a manqué jusqu'à ce jour un point d'appui réellement fixe. C'est donc ce point d'appui sur le squelette du bassin qui caractérise spécialement le tracteur que je propose.

Considérons que ce tracteur peut être appliqué par un opérateur seul, car il fait la contre-extension qu'on confie toujours à plusieurs aides dans toute application de forceps. Une fois démonté en quatre pièces, il est d'un faible volume et très-portatif, sa simplicité le rend d'un prix peu élevé, double considération qui n'est pas sans importance pour le médecin.

Le professeur Pajot, avec la haute autorité que lui donne sa situation éminente, s'est sévèrement et constamment prononcé contre les tractions mécaniques. Dans un récent article de bibliographie (*Annales de gynécologie*, 15 mars 1875), il a répété son *dernier mot* d'il y a vingt ans; en réponse au professeur Saint-Cyr, qui promet l'avenir aux moyens mécaniques, M. Pajot s'écrie : « *L'avenir toujours entre les mains des hommes instruits, le présent c'est autre chose.* »

Le célèbre accoucheur parisien, en réservant l'avenir, n'est donc pas radicalement irréconciliable. Son opinion actuelle s'appuie probablement sur ce que les instruments proposés jusqu'ici ne remplissent pas toutes les conditions désirables relativement à *la direction*. Or, à ce point de vue, je n'hésite pas à soumettre ce nouveau tracteur au jugement du professeur de Paris.

Cet instrument n'aspire qu'à prendre une petite place dans celle que M. Pajot lui-même concède dans l'avenir aux perfectionnements des moyens jusqu'à ce jour connus.

Application du tracteur-soie dans un cas d'inertie utérine, par le Dr Reynaud.

Appelé dernièrement par mon confrère, M. le docteur Pouillet, pour l'assister dans un accouchement laborieux, je pus voir l'opération se terminer à l'aide du tracteur-soie, instrument si différent de ceux employés ordinairement par les accoucheurs. Aussi, pensant que cette observation présenterait quelque intérêt pratique, ai-je cru devoir la publier.

Mme G..., âgée de 25 ans, primipare, ressent les premières douleurs de l'enfantement le 28 février, à cinq heures du matin; examinée douze heures après, on trouve la dilatation du col à deux fracs.

A dix heures du soir, les grosses douleurs se précipitent; la dila-

tation n'est cependant complète que le 1^{er} mars, à cinq heures du matin.

L'enfant se présente en première position du sommet ; cependant la tête plonge peu dans l'excavation. Le bassin ne présente pas d'anomalie. Les douleurs, au lieu de s'accroître, vont s'affaiblissant et disparaissent insensiblement pour faire place, à huit heures du matin, à une inertie absolue.

On se décida alors à une intervention. La tête étant assez engagée au détroit supérieur, M. Pouillet juge le cas favorable pour l'application du tracteur-soie qu'il a présenté à la Société de médecine, dans sa séance du 30 août dernier.

Il procède alors à l'introduction de son tissu ; les extrémités de la bande d'étoffe sont portées d'avant en arrière en contournant la tête à l'aide d'un forceps en miniature, qui glisse dans les gaines du tissu ; ce temps exécuté sans trop de difficulté, on serre les cordons. On a ainsi entouré la tête d'un cercle d'étoffe inextensible placé au-dessus des parties saillantes de l'occiput.

Les tractions exercées sur les anses de rubans restés hors de la vulve nous indiquent bientôt que l'instrument a été porté assez haut pour avoir une prise d'une très-grande solidité.

Nous procédons à l'extraction fœtale en tirant sur les anses du tissu ; mais comme la résistance à vaincre est considérable, nous employons alors le tracteur que M. Pouillet a fait construire, pour compléter son appareil. Ce tracteur, qui prend son point d'appui sur les deux os ischions, permet d'opérer des tractions variées. Les cuisses de la malade sont ainsi laissées libres pendant le temps des tractions.

Le tracteur s'adapte de lui-même sur le bassin dans une position excellente, et plus la vis chemine, plus il s'applique exactement sans avoir la moindre tendance à se déplacer et à perdre la position que l'accoucheur lui donne au début. Quand la tête a cheminé quelque peu, comme il est utile de tirer plus en avant, on change la direction du tracteur, ce qui permet d'opérer les tractions suivant l'axe du détroit inférieur.

Nous avons alors la satisfaction de voir cet excellent instrument fonctionner ayant autant de régularité dans cette position que dans la précédente, et nous voyons bientôt, en continuant à faire marcher le tracteur, la tête apparaître à la vulve et l'accouchement se terminer.

On enlève alors le tracteur et le tissu qui entourait la tête. L'enfant,

qui respirait difficilement, a été vite rappelé à la vie par la respiration artificielle. Les tractions opérées par le tracteur ont duré vingt minutes environ et ont été évaluées à 45 kilogrammes par le dynamomètre.

Je ne veux pas apprécier la méthode, l'auteur publiera prochainement dans ce journal sa description complète; je me bornerai seulement à accompagner ce fait de quelques réflexions. Je crois à la supériorité de cet instrument sur le forceps, particulièrement pour le cas de rétrécissement pelvien.

L'épaisseur de l'étoffe n'ajoute aucun volume à la tête, sa souplesse permet des tractions plus prolongées et moins violentes; l'appareil peut être laissé plus longtemps en place sans occasionner de douleur à la femme. On peut donc par cet instrument remplacer la force et la violence qu'on est tenté d'employer par le forceps.

Disons encore un mot du tracteur qui est le complément du tissu, et qui, dans ce cas, a opéré l'extraction fœtale. Je dirai tout d'abord qu'il me semble remplir parfaitement les conditions sur lesquelles M. le professeur Pajot insistait tant dans ses savantes leçons. « Pour extraire artificiellement un enfant, disait l'éminent professeur, il ne s'agit pas de tirer violemment, de se pendre au forceps, il faut *tirer dans l'axe* » eh bien, je puis le dire, ce tracteur me semble remplir exactement ces conditions.

Ayant un point d'appui fixe « les ischions », on peut, en le faisant pivoter sur ce point fixe, lui faire suivre pas à pas les évolutions du fœtus qui chemine dans la filière pelvienne. C'est ainsi qu'au détroit supérieur, je l'ai vu tirer tout à fait en arrière et progressivement au gré de l'accoucheur. Nous l'avons fait tirer ensuite dans l'axe du détroit inférieur.

A l'aide de ce tracteur, l'accoucheur peut se passer d'aide; d'une main il fait cheminer la vis, et de l'autre il soutient le périnée.

Ce tracteur peut s'appliquer sur le forceps avec la même facilité. L'auteur l'a ainsi employé, il y a un mois environ, en présence de MM. Delore, Vinay et Reboul.

Un autre avantage de ce tracteur, mais à un autre point de vue, c'est d'être portatif, pouvant se démonter en plusieurs parties; on le réduit au volume du forceps brisé de Pajot.

En publiant cette observation, je tenais à démontrer que ce nouvel instrument n'était pas seulement une pure vue de l'esprit, une conception théorique, mais bien un instrument dont l'emploi était non-seulement praticable, mais très-utile en certaines circonstances.

Ajoutons un mot pour terminer. La malade et son enfant sont actuellement en parfait état de santé.

Chez la mère, les suites de couches ont été bonnes. L'enfant, envoyé en nourrice le surlendemain de l'opération, se porte admirablement bien.

Observation d'accouchement au moyen du sériceps.

J'ai fait, avec le D^r Icard, une nouvelle application du sériceps, dont voici l'observation :

M^{me} R..., âgée de 21 ans, primipare, prend les douleurs le 9 mai, à 8 heures du matin; appelé dans la soirée, je constate que la dilatation commence à peine; le lendemain, à 9 heures du matin, la dilatation a atteint 3 francs; le soir, à 10 heures, elle dépasse 5 francs; mais les douleurs sont encore peu énergiques. Dans la nuit, vers 2 heures environ, la malade fait les eaux et une assez grande quantité de sang; on m'appelle de nouveau; j'examine la malade à 3 heures du matin: le col est complètement effacé, la tête en occipito-iliaque gauche; tout m'annonce un accouchement normal prochain, et je ne quitte plus la malade. Cependant, les heures passent, et les douleurs, quoique fréquentes, restent peu énergiques.

Vers 7 heures du matin, il n'y a pas de progrès; non-seulement, la tête n'est pas descendue depuis 2 heures du matin, mais le mouvement de rotation ne s'est nullement accentué. Il n'y a eu depuis que la formation d'un thrombus peu considérable; les bruits du cœur, auscultés plusieurs fois, semblent perdre de leur intensité, et les douleurs diminuent au lieu d'augmenter; en un mot, nous avons affaire à une dystocie par insuffisance dynamique. Croyant qu'il y a lieu d'intervenir, je fais appeler notre confrère le D^r Icard; il examine la malade à 8 heures: la tête est fortement engagée dans l'excavation; on peut apprécier que son diamètre le plus saillant doit être engagé au détroit supérieur, qui est probablement franchi. Le travail dure depuis quarante-huit heures; mon confrère reconnaît qu'il y a lieu d'intervenir. La malade est mise dans la position habituelle, et j'applique le sériceps. Les trois branches superposées sont portées ensemble en arrière de la tête, entre celle-ci et le sacrum: je les sépare, la branche postérieure est poussée au niveau du promontoire, le plus haut possible, et les deux branches latérales sont insinuées par un léger mouvement de rotation, d'abord, sur les parties latérales du bassin, puis dans le voisinage de la symphyse pubienne. L'instrument est alors placé; je fais sentir à mon confrère l'extrémité de ses branches

à travers la paroi abdominale et au-dessus du pubis; on peut alors faire avec la totalité de l'instrument de petits mouvements oscillants, que l'on voit parfaitement se transmettre à toute la masse fœtale.

J'ai dans la main les anses relâchées des cordons, je procède à leur serrement, et je retire successivement de leurs gaines leurs trois tiges métalliques, ne laissant en place que l'étoffe qui étreint la tête.

Le placement du sériceps a pris environ 8 minutes, nous laissons la malade 5 minutes au repos complet, avant d'exercer les tractions. Elle n'accuse pas alors la moindre douleur.

J'applique le tracteur mécanique sur les ischions, non pour faire des efforts énergiques, mais pour que le dynamomètre indique à quel degré on aura tiré. On fait ensuite des tractions lentes, sans dépasser la limite de 22 à 24 kilogrammes. Ces tractions sont dirigées assez en arrière pour que les rubans appuient contre la commissure périnéale; on voit peu à peu s'avancer la tête; on donne alors au tracteur sa seconde position, pour tirer plus en avant, et on continue de tourner la vis. Après cinq minutes de traction, la tête se dégage tout à fait.

L'enfant est bien vivant; je laisse l'étoffe encore un certain temps autour de sa tête, pour faire observer soigneusement à mon confrère les diverses particularités de sa position sur l'ovoïde crânien.

Les cordons, qui ont été serrés tout à fait derrière le pubis, sont sur la tête immédiatement derrière l'oreille droite, la peau du cou conserve en ce point une rougeur érythémateuse qui a persisté deux jours.

La tête a donc été prise en position à peu près transverse, c'est-à-dire que le mouvement de rotation nécessaire n'était à peu près pas commencé; il a dû se produire pendant les tractions.

Le bord de l'étoffe passe sous l'occiput, sur les pommettes des joues et sur la pointe du nez. Le nom de cercle *sous-occipito-malaire* que M. Delore a donné à cette prise est dans ce cas mathématiquement exact. Ce cercle, mesuré immédiatement, avait 26 centimètres et demi; le cercle de plus grande dimension de la tête, l'*occipito-frontal*, mesurait 28 centimètres et demi. Il eût donc fallu que mon cercle d'étoffe mesurât 2 centimètres de plus qu'il n'avait pour pouvoir glisser sur la tête sans l'amener.

Mon confrère a ainsi pu se convaincre que dans ce cas le sériceps avait une prise à toute épreuve.

Il a bien voulu me déclarer de suite que, pour son compte, il se déclarait satisfait du fonctionnement du nouvel appareil.

Le lendemain, je demandai à notre confrère s'il avait fait quelque réflexion nouvelle sur le fait dont il a été témoin. Il me répondit que l'impression qui avait été la plus vive pour lui était l'étonnement de voir avec quelle précision cette étoffe a saisi l'ovoïde crânien, exactement de la façon indiquée théoriquement par les deux figures publiées depuis longtemps et reproduites dans le *Lyon Médical* du 16 mai. Je puis répondre que cette prise a été à peu près la même dans tous mes accouchements; elle est, je crois, assez facile à saisir pour que je puisse espérer un grand avenir pour la soie obstétricale.

Je remercierai, en terminant, M. Icard, dont tout le monde apprécie l'impartialité scientifique, et de son concours pour mon opération, et de la bienveillance qu'il apporte dans le jugement du sériceps.

REVUE SCIENTIFIQUE ETRANGERE.

Des avantages de l'accouchement prématuré artificiel et de la version sur le long forceps et la craniotomie dans les cas de bassin vicié, par le Dr Alex. Milne, membre correspondant de la Société gynécologique de Boston, etc.

La meilleure pratique à suivre (c'est-à-dire la plus sûre pour la mère et l'enfant et particulièrement pour la première), dans les cas où le bassin est anormalement petit, soit au détroit supérieur, soit dans tous ses diamètres, est une des questions les plus importantes de la pratique des accouchements.

Cela a été habilement discuté de temps à autre, mais par nul, je crois, plus savamment et plus à fond, que par sir James Simpson, dont les opinions sont exposées en détail dans le premier volume de ses *Obstetrics works*. A ce propos, je recommande d'étudier très-sérieusement les vues du professeur d'Édimbourg, à ceux qui ont été frappés, ébranlés et surpris par les dernières statistiques allemandes.

Ayant moi-même discuté ce sujet devant notre Société, dans des mémoires accompagnés d'observations, il y a environ sept ans, je n'aurais pas repris ce thème en ce moment, si, à notre dernière réunion, d'anciens brandons mal éteints n'avaient été rallumés, et si des opinions n'avaient été émises qui me paraissent dangereuses dans la pratique. J'examinerai ces idées dans quelques instants; mais, auparavant, je veux faire une remarque ou deux sur des assertions émises à la réunion dont je parle par certains sociétaires, car cela est relatif

à cet important sujet et conduit à l'élucidation des questions qui s'y rattachent. On avait affirmé positivement, et avec passion, que nous n'avions pas de bassins rétrécis ou que nous n'en observions que très-peu, et que, en réalité, ils étaient presque tous imaginaires et n'existaient que dans l'imagination d'hommes cherchant à faire parler d'eux et aspirant à l'immortalité. Pour ce qui regarde une telle assertion, je dois observer que je la crois entièrement opposée aux faits réels, et, puisqu'il est reconnu que de tels cas existent, je demanderai pourquoi nous n'aurions pas des cas de bassins viciés à Edimbourg ? Quelles sont, en effet, les causes qui produisent des bassins déformés : des os mous et des occupations sédentaires ? Or, n'avons-nous pas des rachitiques et des femmes sédentaires ? Oui, beaucoup de celles-là, et, par conséquent, une abondante source de viciation. J'accorde cependant que nous puissions avoir moins de cas semblables que l'on en trouve proportionnellement dans les villes manufacturières, où la population est plus entassée, et spécialement dans certaines parties de Londres. Cependant, des exemples d'un degré de resserrement du diamètre antéro-postérieur, tel que la tête d'un enfant à terme ne peut descendre dans le bassin, poussée par les seuls efforts naturels, sont assez nombreux parmi nous.

En second lieu, avant d'arriver à la discussion générale, permettez-moi de dire quelques mots sur une assertion émise à propos du mémoire du Dr Mac-Donald ; car cela constitue un des premiers points de la discussion du choix des diverses opérations que l'on est appelé à faire dans les cas de bassin vicié. On a dit, en vérité, qu'une pelvimétrie correcte était une chose impossible, une sorte d'illusion et de piège. En réponse à cette étrange doctrine, j'affirme qu'il n'en est point ainsi, et j'ajoute que le praticien, qui, aujourd'hui, avec les anesthésiques, ne peut se former une idée exacte des dimensions d'un bassin, est, pour ne pas dire plus, très-fautif. Où est la difficulté de glisser la main dans un bassin et de la porter en haut, jusqu'au détroit supérieur, d'apprécier ses différents diamètres et de les mesurer avec soin ? De nos jours, les chirurgiens portent leur main dans le rectum, jusqu'à la flexion sigmoïde ? Il n'y a certainement pas de sociétaire qui ne connaisse la largeur de sa propre main. S'il en était ainsi, en présence d'une telle ignorance, il ne pourrait y avoir aucune habileté dans la pratique des accouchements. On a cité des cas où la craniotomie avait eu lieu dans un premier accouchement et où l'enfant était venu vite et facilement dans les couches suivantes, et l'on s'est fortement appuyé sur des

cas de ce genre. Le praticien, dans quelques-uns de ces cas, avait, dit-on, recommandé aux femmes de se soumettre à l'avenir à un accouchement prématuré. Sans doute, cela est arrivé plus d'une fois, mais cela n'aurait pas dû arriver. Aucun accoucheur n'est autorisé à proposer, surtout avec insistance, un accouchement prématuré, pour la simple raison qu'une perforation avait été nécessaire une première fois. Non ; il y a des causes provenant de l'utérus lui-même et du fœtus qui justifient suffisamment la perforation, même quand le bassin est assez large. Il y a très-peu de temps, j'ai eu à perforer le crâne, dans un cas que j'ai observé avec le Dr Pridié, où la cause des difficultés venait du volume anormal de la tête fœtale. Le Dr Pridié et moi nous étions assurés que le bassin était assez large, et que l'obstacle provenait de l'enfant et non de la conformation de la mère, et nous n'aurions passé, dans un tel cas, à proposer un accouchement prématuré artificiel pour l'avenir. C'est un de ces cas où l'enfant, dans une autre couche, naîtra très-probablement facilement et rapidement. Quand on rencontre un cas où la craniotomie ou la céphalotripsie sont nécessaires, on doit examiner et mesurer le bassin avec soin, et, s'il y a un seul doute sur l'étendue de ses diamètres, que le doute soit dissipé par un juge plus compétent, car c'est un devoir important de détruire toute incertitude dans des cas aussi graves. Je sais bien que la provocation d'un accouchement prématuré a été fréquemment recommandée là où on n'avait même pas mesuré le bassin, et où la seule raison pour une telle proposition était la grosseur anormale du fœtus. Ceci est une chose des plus répréhensibles et faite pour amener du discrédit sur ce que j'appellerai, avec emphase, une grande opération de conservation. Nous devons mesurer le bassin dans les cas où la craniotomie a dû être employée ; et, avec le chloroforme, il n'y a pas d'excuse pour que cette mensuration soit faite négligemment, ou pour que des hommes entreprennent témérairement des opérations dans le seul but, bien misérable, de se faire un nom.

Mais trêve à ces observations préliminaires, et maintenant arrivons à la question importante discutée par le Dr Mac-Donald, dans le mémoire dont nous avons parlé. La conclusion de ce mémoire était, sans exagération, ce qui suit : Dans un bassin vicié, attendez d'abord, et si cela ne réussit pas, essayez le forceps ; si cet instrument est insuffisant, recourez à la craniotomie. De plus, l'opération, pour provoquer un travail prématuré, en cas de bassin vicié, doit être déconseillée, même abandonnée. Je confesse que, quand j'entendis ces opinions avancées devant

la Société d'obstétrique d'Edimbourg, je pus à peine en croire mes oreilles, tellement ces doctrines me paraissaient alarmantes, dangereuses et destructives.

L'esprit de la science moderne des accouchements en Angleterre était certainement ignoré et quels pouvaient être la cause et le motif de ces déclarations? Ce n'était pas sur son expérience personnelle que le docteur Mac-Donald s'appuyait, car il reconnaît avec candeur qu'elle est limitée, mais ce sont certaines statistiques allemandes récentes qui ont provoqué ce mémoire. Certes les statisticiens allemands ont une réputation de soin, mais je me refuse à décider aucune question de pratique obstétricale sur une masse hétérogène de statistiques glanées dans les lieux les plus différents et embrassant souvent, à côté d'un travail de valeur, les misérables résultats d'opérateurs, je ne veux pas dire maladroits, mais inexpérimentés. Je ne penserais pas plus à changer mes opinions et ma pratique, relativement à cette question, sur de telles raisons, que je ne voudrais attaquer la convenance ou l'innocuité en général de l'ovariotomie, parce que quelque éminent confrère en Allemagne, plongé pendant longtemps peut-être au milieu de poussiéreuses brochures de gynécologie, serait arrivé à récolter un certain nombre de mauvais résultats, d'après les rapports de son Vaterland et d'autres encore. La méthode numérique pour être d'un service pratique doit être une chose homogène et ne réunir que la pratique des gens experts, de plus comme la pratique diffère grandement dans chaque pays, il ne faut pas que les statistiques d'une contrée règlent nécessairement la pratique d'une autre.

Mais maintenant je dois continuer à montrer que les opérations d'accouchements prématurés artificiels et de versions en cas de bassin vicié sont supérieures à la craniotomie et au long forceps, c'est-à-dire que par les premiers moyens plus de mères et d'enfants sont conservés et doivent l'être. D'abord en ce qui regarde l'accouchement, prématuré artificiel. Pour la mère — et je ne parle que d'une pratique anglaise bien authentique, — les avantages de l'opération sont bien reconnus, il y a peu de doute à ce sujet, et c'est presque aussi certain que la révolution journalière de la terre. Je pourrais presque aller jusqu'à dire que si une femme en meurt, la faute en revient à l'opérateur et non à l'opération, ou que peut-être quelque opération stupide aura été accomplie. Le 28 pour 100 de Spiegelberg représente pour moi le plus condamnable et déplorable bousillage, je pourrais m'appuyer sur

de nombreux noms anglais de positions éminentes, Hamilton, Simpson, Ramsbotham, etc, etc, mais il n'est pas besoin. Quant à moi, permettez-moi de dire que j'ai souvent fait l'opération et toujours sans aucun mal, pour la mère et encore moins sans résultat fatal. Inutile d'en dire plus sur ce sujet.

Maintenant recherchons les avantages qui résultent de l'opération pour le fœtus. Ici encore je me renferme dans une bonne pratique anglaise, et je trouve quelque chose bien différent de la mortalité de 28 pour 100 de Spiegelberg; par exemple, feu le professeur Hamilton sauva 42 enfants sur 46 et le docteur Ramsbotham en sauva 49 sur 91. ceci était une plus petite proportion que dans la pratique du docteur Hamilton, mais l'explication est transparente, en premier lieu beaucoup de ses femmes avaient été trop loin dans leur grossesse, et l'emploi des instruments devenait nécessaire pour terminer l'accouchement. et secondement l'ergot avait été donné dans 34 cas, ce qui est une pratique très-dangereuse dans les délivrances prématurées; aucun bon accoucheur de nos jours ne penserait à provoquer le travail prématuré au moyen de ce médicament dans de tels cas.

J'ai déterminé des accouchements prématurés dans des bassins viciés environ 50 fois, je regrette de dire que par manque de temps je ne pourrais donner l'analyse que de 38 cas. Ceux-ci embrassent seulement 6 femmes, 5 de celles-là avaient le bassin vicié seulement dans le diamètre antéro-postérieur, la sixième avait tous les diamètres rétrécis, un exemple de *pelvis æquabiliter justo minor*. Sur les 5 femmes dont le détroit supérieur est vicié antéro-postérieurement, quatre mesurent environ trois pouces, tandis que la cinquième a un diamètre antéro-postérieur ne mesurant que deux pouces et demi, je suis sûr de cette dernière mesure parce que feu le docteur James Simpson a confirmé ma mensuration, ayant délivré lui-même cette femme par la céphalotripsie avec le docteur Blackie il y a quelques années. La sixième, celle dont tous les diamètres étaient rétrécis a un diamètre antéro-postérieur d'environ trois pouces. Je commencerai par celle dont le bassin était le plus étroit et je détaillerai brièvement son histoire obstétricale.

Madame S... a un diamètre antéro-postérieur de deux pouces et demi; dans ce cas également le détroit inférieur est quelque peu rétréci, mais ce qu'il y a de singulier, c'est que les autres parties du bassin le sont moins. Elle a été délivrée 6 fois, la première au moyen de la céphalotripsie par feu sir James Simpson aidé par moi; ce fut très-difficile, après la perforation et le broiement, d'extraire l'enfant (une fille), cela de-

manda, je crois, environ vingt minutes. Sir John Simpson fut très-fatigué des tractions qu'il fut obligé d'exercer. Nous fûmes d'avis que la meilleure ligne de traitement pour l'avenir, s'il y avait l'ombre d'une chance pour la vie de l'enfant, reposait dans un accouchement prématuré; je communiquai cette décision à la femme, et je suis obligé de dire que loin de s'y montrer contraire, elle exprima le plus vif désir d'avoir le travail naturel anticipé. Je donnai mes soins à cette dame pendant ses 5 accouchements suivants et en voici un court résumé. Son second accouchement que je provoquai à environ sept mois donna une fille vivante qui survit. Le troisième, autant que je puis dire, était à sept mois, l'enfant ne vécut que trente-six heures, c'était aussi une fille. Les deux autres du sexe féminin étaient mortes; grande difficulté à extraire la tête à travers le col et le dernier enfant qui était un garçon, fut extrait avec beaucoup de difficulté et sans respiration, mais avec quelques soins il fut ranimé et survit. Je considère ces deux enfants, les deux seuls viables sur le nombre, comme un succès remarquable, car le bassin de la mère nécessitait une craniotomie si on la laissait arriver à terme, et il n'est pas d'avare qui puisse estimer son or plus que je ne fais de ces « rachippés » de cette mère si rachitique.

Quant aux autres femmes, celle dont le bassin était rétréci dans tous ses diamètres a été délivrée huit fois; à ses deux premiers accouchements elle fut délivrée par le long forceps: grave opération, les deux enfants, garçon et fille, ayant été extraits morts après des tractions d'une demi-heure, m'a-t-on dit, car elle n'était pas alors soumise à mes soins. Pour les six autres grossesses, j'ai provoqué le travail à sept mois, et les enfants (deux garçons et quatre filles) ont survécu. Je ne veux pas soutenir avec entêtement que l'on n'aurait pas amené un enfant vivant en essayant encore une fois du forceps; cependant les deux premiers enfants étant venus morts après de grandes difficultés opératoires, je suis convaincu qu'il n'y avait pas de meilleure ligne de conduite que celle que j'ai suivie. Il faut remarquer que ce bassin était considérablement rétréci dans tous ses diamètres, et en pareil cas, dans le mémoire de M. Macdonald, il est établi d'après l'autorité de Borinsky et d'autres « que la version est une mauvaise méthode pour terminer l'accouchement dans de semblables bassins ». Si cette manière de voir était juste, pourrais-je, en vérité, avoir sauvé la vie de la mère et de l'enfant par la version? Je ne crois pas.

Le fait est que plus d'enfants sont sacrifiés par la version dans un bassin où le rétrécissement siège seulement dans le diamètre antéro-

postérieur, que dans un bassin où tous les diamètres sont rétrécis, car dans le dernier cas le rétrécissement est rarement prononcé. C'est-à-dire que vous pouvez avoir un rétrécissement portant sur tous les diamètres qui sont alors diminués de $1/2$ ou $3/4$ de pouce environ, tandis que si le rétrécissement porte sur le diamètre antéro-postérieur, il est rare que la diminution n'atteigne pas un pouce, un pouce et demi ou même deux pouces.

Les quatre autres femmes avaient un bassin dont le diamètre antero-postérieur était réduit d'environ trois pouces.

Madame A... eut huit accouchements. Dans le premier, l'enfant (une fille) fut extrait mort après un travail dont la seconde période dura douze heures. Le second enfant (un garçon) fut extrait par la céphalotripsie, après avoir essayé prudemment et adroitement du forceps, mais sans résultat. Les six autres couches furent terminées par l'accouchement prématuré artificiel. Les enfants (cinq filles et un garçon) survécurent. Madame L... a eu neuf enfants. Le premier (une fille) fut amené mort après des tractions longues et énergiques par le forceps. Le second (une fille) naquit vivant, à la suite d'une application de forceps très-pénible, et les suites de couches furent longues et douloureuses. Les sept autres naquirent à la suite d'une version au bout d'environ huit mois; il vécurent tous (cinq filles et deux garçons).

Madame Mac M... eut trois enfants amenés morts par le forceps et un autre la suite d'une craniotomie. Je n'étais pas alors son accoucheur, et elle ne se confia à mes soins que pour sa cinquième grossesse. En apprenant ses antécédents obstétricaux, je résolus de provoquer l'accouchement prématurément, elle y consentit volontiers; et je l'ai délivrée pendant une période de neuf ans, de six enfants (deux filles et quatre garçons) qui sont tous vivants.

(A suivre).

REVUE CLINIQUE.

Insertion vicieuse du placenta sur le col. — Hémorrhagies multiples. — Version. — Enfant extrait vivant. — Rétablissement rapide de la femme.

Le 21 juin, à neuf heures du soir, on porte à la Clinique la femme F. .. atteinte d'hémorrhagie. Le même accident s'était renouvelé trois fois depuis un mois.

Cette femme, âgée de 40 ans, forte et bien constituée, a eu déjà quinze grossesses, toutes parvenues à terme sans aucune complication fâcheuse.

et s'étant terminées très-heureusement par la naissance d'enfants bien portants (notons toutefois, en passant, que de ces nombreux enfants il ne lui en reste plus que trois). Elle a eu ses règles, pour la dernière fois, le 12 octobre 1874; elle est donc enceinte de huit mois environ. Les cinq premiers mois de cette grossesse n'ont offert aucune particularité qui soit à signaler; depuis des varices se sont montrées aux jambes, ainsi que de l'œdème qui est, du reste, très-peu marqué.

La femme F.... raconte qu'elle a perdu un peu de sang il y a un mois, et que cette perte s'est bientôt arrêtée sous l'influence du repos. Le mardi 13 juin, nouvelle hémorrhagie de peu d'importance; enfin le samedi 19, du même mois, une perte très-abondante est survenue, qui, heureusement, n'a duré que quelques heures.

La poche des eaux s'est rompue spontanément, le 21 juin, à huit heures du matin, et les premières douleurs n'ont été ressenties que le même jour, à sept heures du soir. Effrayée par les pertes de sang qu'elle avait éprouvées, cette femme demanda à être transportée à la Clinique, où elle entra à neuf heures du soir. Une heure et demie après son entrée une hémorrhagie considérable se déclara: en peu de temps plusieurs alèzes furent trempées, et l'on peut, sans la moindre exagération, évaluer à deux kilogrammes le sang qui s'est alors écoulé. (Les caillots extraits du vagin pesaient, à eux seuls, plus de 1200 grammes.)

M. Depaul, aussitôt prévenu, arriva immédiatement. La patiente, malgré ces pertes si abondantes, n'était pas très-décolorée; la muqueuse buccale était encore assez rouge; il n'y avait ni syncopes, ni éblouissements, pas de nausées ni de maux de tête, ce qui montre bien qu'il ne faut pas s'attacher, pour le pronostic de la gravité de ces sortes de cas, à la quantité de sang perdue, mais aux phénomènes généraux éprouvés par les femmes. Le ventre normalement développé ne présente rien de particulier; par la palpation on sent le dos à gauche et des extrémités dans la partie latérale droite de l'abdomen. Des contractions utérines intenses se succèdent rapidement; les battements du cœur fœtal clairs, nets, assez forts, sont entendus à gauche, entre l'ombilic et l'éminence iléo-pectinée. Par le toucher on arrive directement sur le col effacé, son orifice, d'un diamètre de 7 à 8 centimètres, est très-souple et dilatable; en pénétrant tout doucement à travers cet orifice, on sent le bord d'une masse charnue qu'il est facile de reconnaître comme appartenant au placenta, au-dessus et en avant se trouve la tête appliquée sur le détroit supérieur: c'est donc une insertion vicieuse du placenta, mais une insertion marginale.

M. Depaul n'hésite pas à intervenir, dans l'intérêt de la mère qui perdait encore un peu de sang, et surtout dans l'intérêt de l'enfant, à qui une pareille hémorrhagie aurait pu être fatale. Des caillots, en grande quantité, sont extraits du vagin, la main gauche est engagée à travers l'orifice et poussée jusque dans le fond de la matrice, à la recherche des pieds qui sont bientôt trouvés en haut et à droite. Le professeur exécute facilement la version et fait, en très-peu de temps, l'extraction d'un enfant bien portant qui crie aussitôt. La délivrance est faite artificiellement, immédiatement après l'accouchement, et deux grammes de seigle ergoté sont admi-

nistrés à la malade en trois doses, à dix minutes d'intervalle. L'utérus revient sur lui-même et l'hémorrhagie cesse bientôt.

Les suites de couche ont été tout à fait normales; cette femme n'a pas eu le moindre accès de fièvre, pas la moindre douleur abdominale; elle a nourri elle-même son enfant, et aujourd'hui huitième jour après son accouchement, elle a deux degrés de nourriture.

Cette observation témoigne, une fois de plus, combien la version bien faite est une manœuvre prompte et utile pour la mère et l'enfant dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.

Dr MARTEL.

Quelques observations d'éclampsie puerpérale, suivies de considérations thérapeutiques; par le Dr Sourrouille.

Obs. I. — Mme N..., à Marmande, 20 ans, primipare, brune, très-anémique, fut prise, dans la nuit du 22 au 23 novembre 1872, à la fin du huitième mois de sa grossesse, de plusieurs attaques d'éclampsie. Dans la matinée du 23, elle eut une nouvelle attaque; on me fit appeler. J'arrivai avant la terminaison des accidents.

Pas d'œdème. Les urines ne contiennent pas de traces d'albumine. Je prescrivis immédiatement une potion avec 2 grammes de chloroforme et, le soir, un lavement avec une dose égale du même médicament.

Le lendemain, le lavement et la potion furent renouvelés, et la malade fut soumise à un traitement ferrugineux qu'elle continua jusqu'au terme de sa grossesse. Depuis le 23 novembre les attaques d'éclampsie ne se reproduisirent plus et un mois et demi après il y eut un accouchement naturel d'une fille encore vivante aujourd'hui.

La mère n'a jamais eu, avant sa grossesse ni depuis sa délivrance, d'attaques d'épilepsie.

Obs. II. — Mme G..., le 7 février 1874, au commencement du neuvième mois d'une première grossesse, eut une attaque d'éclampsie. Je la vis à la fin de l'attaque, à la période de stupeur.

Je constatai un gonflement œdémateux considérable des membres abdominaux, de la face, de la main et de l'avant-bras droits. Muqueuses décolorées. Le col de l'utérus, à peine entr'ouvert, est très-mou et situé en bas et en avant. Pas de douleurs.

Les urines contiennent une grande quantité d'albumine. Mictions fréquentes, mais peu abondantes.

Prescription : repos au lit; potion avec 2 grammes de chloroforme; un lavement avec 20 gouttes de laudanum.

Pour les jours suivants : lactate de fer, 1 gramme; bromure de potassium, 3 grammes, dont on augmente rapidement la dose jusqu'à 5 grammes par jour.

Jusqu'au 14 tout alla bien; mais la malade, ayant voulu se lever, fut prise bientôt après d'une nouvelle attaque beaucoup moins forte que la première et pendant laquelle elle m'assura n'avoir pas complètement perdu connaissance.

Je la fis remettre dans son lit; elle y resta jusqu'à l'époque de son accouchement, qui se fit normalement une quinzaine après.

Pendant tout ce temps en continua le fer et le bromure à la dose de 5 grammes et les attaques ne reparurent plus.

L'enfant, une toute petite fille, ne vécut que quelques jours.

Sous l'influence du traitement, l'œdème disparut à peu près complètement; mais la proportion d'albumine ne parut pas diminuer sensiblement dans les urines, qui ne tardèrent pas, après l'accouchement, à reprendre leurs caractères normaux.

Obs. III. — En novembre 1872, je fus appelé à P..., auprès d'une primipare, âgée de 21 ans, robuste et bien conformée. Sa grossesse avait été des plus heureuses; seulement, depuis quelques jours, elle se plaignait de lourdeurs de tête pour lesquelles la sage-femme, consultée, n'avait pas voulu prendre sur elle de la saigner.

Les urines n'avaient jamais été analysées.

Le début des douleurs datait de la veille au soir et, peu de temps après, à onze heures, éclatait la première attaque d'éclampsie. Je fus appelé le lendemain; je vis la malade à deux heures de l'après-midi. Deux saignées avaient été pratiquées.

A ce moment, la perte de connaissance était absolue et durait depuis la veille. Trismus permanent. Il est impossible d'ouvrir la bouche.

La dilatation est très-incomplète, chaque douleur provoquant une douleur éclamptique qui en annule les effets.

Je soumetts la malade aux inhalations de chloroforme, et les contractions deviennent régulières et efficaces. Les attaques diminuent de fréquence et d'intensité, et, au bout de deux heures, l'accouchement se fait naturellement. L'enfant, une petite fille, était morte.

Après la délivrance, je cessai l'administration de l'anesthésique; mais l'état de l'accouchée ne s'améliora pas et une heure s'était à peine écoulée que les crises se reproduisaient. On administra des antispasmodiques en lavement, mais le mal ne put être enrayé. La malade ne reprit pas connaissance un seul instant et mourut le lendemain.

Obs. IV. — Mme X..., 21 ans, primipare, fut prise, le 23 mai 1874, à huit heures du matin, dans la dernière quinzaine du neuvième mois de sa grossesse, d'attaques d'éclampsie d'une grande violence qui se reproduisirent un grand nombre de fois jusqu'au moment où je vis la malade, à quatre heures du soir. Depuis le matin, Mme X... était plongée dans un coma profond, fréquemment interrompu par de nouvelles attaques provoquées par chaque douleur dilatatrice.

L'état de petitesse du pouls ayant contre-indiqué la saignée, on s'était borné à faire des applications froides sur le front et à administrer un lavement d'hydrate de chloral. Ce lavement, mal gardé, avait été complètement inefficace et n'avait diminué ni la fréquence ni la violence des crises, devenues de la plus grande gravité.

Le col, situé très à gauche et en arrière, très-souple, présentait une dilatation ovalaire de la largeur d'une pièce de 1 franc. Cette dilatation n'avait pas sensiblement augmenté depuis plusieurs heures. La matrice, d'ailleurs, ne se contractait que de loin en loin, et chaque douleur était immédiatement suivie d'une attaque qui empêchait la dilatation.

En présence de cet état, nous fûmes d'avis, mes deux confrères présents et moi, d'essayer d'un nouveau lavement de 4 grammes d'hydrate de chloral. Comme le premier, ce lavement fut mal gardé, et nous décidâmes de soumettre la malade à des inhalations de chloroforme jusqu'à ce que la dilatation fût devenue suffisante pour nous permettre l'application du forceps.

On commença à donner le chloroforme à quatre heures et demie. A partir de ce moment, les attaques cessèrent à peu près complètement, sans que toutefois nous ayons jamais poussé la chloroformisation jusqu'à l'anesthésie complète. Les douleurs utérines se passaient normalement et ne déterminaient plus, comme phénomènes généraux, que de petites contractions musculaires bien vite enrayées par une nouvelle dose de chloroforme.

La dilatation, toujours lente à se faire, avait atteint, à neuf heures et demie, la largeur d'une pièce de 5 francs environ ; mais le col, très-souple, se laissant facilement élargir ; on parvint, malgré sa situation tout à fait à gauche, à faire l'application du forceps et à extraire un enfant bien vivant.

(La poche des eaux, demeurée intacte, dut être rompue avant l'opération.)

Après la délivrance, on cessa les inhalations de chloroforme, et les accidents ne reparurent pas.

L'accouchée, albuminurique, s'est assez rapidement relevée de ses couches, dont les suites ont été normales.

Les analyses de MM. Andral et Gavarret ont depuis longtemps établi que les accidents divers que l'on observe chez la femme enceinte sont le plus généralement liés à l'hypoglobulie.

Cette hypoglobulie, conséquence de l'état de gestation, en outre des symptômes qui sont le cortège habituel de la chloro-anémie, détermine quelquefois, dans les derniers mois de la grossesse, des attaques d'éclampsie puerpérale. Mais ces cas sont rares, car l'éclampsie puerpérale ne s'observe guère que chez les femmes albuminuriques. Et quoique l'albuminurie, si fréquente pendant la grossesse, soit loin d'être toujours suivie de cette terrible complication, on ne peut nier qu'elle n'en soit la principale cause prédisposante, par suite des changements qu'elle entraîne après elle dans la composition du sang.

On pense, en effet, que le liquide nourricier, modifié dans ses éléments constitutifs par la diminution du chiffre des globules et probablement vicié dans sa composition par la présence dans le torrent circulatoire d'une certaine proportion d'urée, en même temps qu'il a perdu en partie ses propriétés nutritives, peut déterminer du côté des centres nerveux olighémisés un état de surexcitabilité qui, en les rendant plus impressionnables aux excitations extérieures, fait de ces

dernières le point de départ, par action réflexe, des phénomènes convulsifs qui constituent l'éclampsie puerpérale.

De là découlent, au point de vue thérapeutique, des indications précises sur lesquelles il peut être utile d'insister.

L'éclampsie puerpérale s'observe tantôt pendant les derniers mois de la grossesse, tantôt pendant le travail, ou bien à une époque plus ou moins éloignée de la délivrance. Je ne m'occuperai, dans cette communication, que des deux premiers cas.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une éclamptique qui n'est pas à terme, qu'elle soit albuminurique ou non, — on sait que l'albuminurie s'observe dans l'immense majorité des cas, — il faut se souvenir que l'on a à traiter une chloro-anémique et que, de plus, on a à combattre des accidents nerveux, conséquence de l'urémie et de l'oligémie du centre cérébro-spinal. Il y aura donc lieu, en même temps que l'on soumettra la malade à un traitement tonique et ferrugineux, de lui prescrire l'usage de médicaments propres à diminuer l'excitabilité des centres nerveux. Je donnerais, dans ce cas, la préférence au bromure de potassium, que l'on porterait rapidement à des doses un peu élevées. Je ne doute pas que, si la grossesse n'est pas trop avancée et que l'on ait du temps devant soi, les événements ne viennent donner raison à cette conduite.

Il ne faut pas oublier que l'éclampsie n'est, le plus souvent, qu'un phénomène réflexe et que, si l'on parvient à amoindrir le pouvoir excito-moteur de la moelle et du bulbe, on aura de grandes chances de voir la grossesse suivre son cours et de prévenir les accidents convulsifs pendant le travail.

Si l'on est appelé auprès d'une femme à terme, la conduite du médecin devra varier selon que le travail sera plus ou moins avancé.

Si, en effet, le col se trouve suffisamment dilaté ou dilatable, il n'y aura pas d'hésitation possible, car il est prescrit, dans ce cas, de terminer au plus tôt l'accouchement, soit en procédant à la version, soit par l'application du forceps.

Mais, si les convulsions ont surpris la patiente dès les premières douleurs, si l'on se trouve en présence d'un col dont la dilatation est à peine commencée, si chaque douleur, ce qui arrive le plus souvent, provoque une attaque d'éclampsie qui entrave la dilatation, que faut-il faire?

Faudra-t-il, comme on l'a pratiqué et comme on le pratique encore trop souvent peut-être, saigner la malade et la resaigner plusieurs fois dans le but de prévenir la congestion cérébrale? Je ne le crois pas.

Je pense, au contraire, que cette thérapeutique sera, le plus généralement au moins, irrationnelle. Les exemples de pléthore pendant la grossesse sont fort rares ; en effet, tandis que l'anémie accompagne presque toujours l'état de gestation, et, si l'on considère qu'il est loin d'être démontré que la surexcitabilité des centres nerveux soit la conséquence d'un état congestif, mais qu'il est incontestable que, pendant la période tétanique de l'attaque, il se produit infailliblement, par suite de l'arrêt de la respiration, une congestion qui augmente en raison du nombre et de la fréquence des accidents, on pensera peut-être qu'au lieu de songer à affaiblir davantage une malade déjà anémique par des saignées d'une efficacité douteuse, il sera plus rationnel de recourir sans retard aux agents héroïques, dont le médecin dispose, pour produire une sédation rapide sur les centres nerveux et prévenir ou enrayer les attaques qui sont la véritable cause de la congestion et de l'apoplexie.

Dans de semblables circonstances, la saignée, sauf de très-rares exceptions, me paraît devoir être proscrite, et, si l'on croit utile, pour diminuer une congestion déjà existante, d'avoir recours aux émissions sanguines locales, je crois qu'il faudra surtout procurer sans délai et tout d'abord le bromure de potassium ou le chloral à hautes doses par la bouche ou en lavement, et ne pas hésiter, dans le cas où ces médicaments paraîtraient impuissants à arrêter les attaques, à soumettre la malade à des inhalations de chloroforme que l'on continuerait, en en surveillant les effets, jusqu'à l'accouchement qui devrait être terminé le plus vite possible.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées une pratique obstétricale encore restreinte ; trop heureux si de plus expérimentés que moi venaient leur apporter une autorité que ne saurait leur donner mon passé médical encore trop court.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1^{er} juin 1875

Tumeur congénitale polycystique insérée à la symphyse du maxillaire inférieur et à la langue. — Accouchement spontané avant terme. — Arrachement de la tumeur pendant le travail. — Examen anatomique de la pièce.

M. VERNEUIL. Je dois le fait curieux et rare que j'ai l'honneur de vous présenter à l'obligeance de MM. les docteurs Lafont et Nepveu. Le pre-

mier m'a fourni non-seulement des détails sur l'accouchement auquel il a présidé, mais encore la pièce pathologique, qu'il n'a pu recueillir qu'à grand'peine. Le second, chef de laboratoire à la Pitié, et dont la compétence en anatomie pathologique est si connue, m'a communiqué les résultats de ses patientes investigations. L'Académie, j'en suis sûr d'avance, voudra bien remercier nos jeunes confrères de leur empressement à sauver de l'oubli un cas d'un pareil intérêt.

Le 13 janvier 1875, M. Lafont fut appelé auprès de Mme X..., âgée de 35 ans, grande, brune, très-bien conformée et qui, dix-huit mois auparavant, avait déjà mis au monde un enfant à terme normalement constitué. Le mari est également robuste et d'une structure irréprochable. Mme X... est à la fin du huitième mois d'une grossesse qui n'a rien présenté d'insolite, et qu'aucun accident n'a troublé. Le travail est en train depuis quarante-huit heures. Peu de temps après son arrivée, M. Lafont reçoit un enfant du sexe féminin mort depuis quelques heures sans doute, et qui présente du côté de l'orifice buccal des désordres considérables.

Les lèvres sont conservées, mais largement écartées; on trouve entre'elles une sorte de lambeau membraneux flottant, tapissé supérieurement par une muqueuse, et inférieurement offrant l'aspect d'une surface récemment déchirée. Ce lambeau n'est autre que la langue, fortement tirée hors de la bouche. Plus bas, entre ce lambeau lingual et la lèvre inférieure, une large plaie inégale, irrégulière, au fond de laquelle on retrouve, sur la ligne médiane, des surface osseuses répondant aux deux pièces du maxillaire, ou, en d'autres termes, une fracture par arrachement de la symphyse de la mâchoire inférieure.

Pendant que M. Lafont examinait cet enfant, qui d'ailleurs ne paraissait offrir aucune autre anomalie et présentait un développement normal pour son âge, un autre corps fut expulsé. C'était une tumeur plus grosse que la tête de l'enfant déjà sortie et pesant 670 grammes.

Sur un point de la surface existait une large plaie superficielle au centre de laquelle le doigt sentait des inégalités osseuses. Il fut aisé, en confrontant les deux surfaces saignantes, de voir qu'elles se correspondaient exactement et de reconnaître que la tumeur issue de l'orifice buccal adhérait par un pédicule assez volumineux à la mâchoire et à la face inférieure de la langue, à la fois allongée, aplatie et élargie.

La rupture s'est faite au niveau des attaches maxillaires et linguales de ce pédicule, après fracture préalable de la symphyse.

Il est certainement regrettable que la marche du travail n'ait pas été observée et que nous ignorions comment s'est effectuée l'évolution

foetale; mais la faute n'en est point à M. Lafont qui, comme nous l'avons déjà dit, ne fut appelé qu'à la dernière heure et quand deux jours entiers s'étaient écoulés déjà depuis le début des douleurs. A son arrivée, la tête était à la vulve, c'est-à-dire que la nature avait déjà triomphé de l'obstacle. Je laisse, du reste, à mes savants collègues de la section d'accouchements le soin de nous dire ce qu'ils pensent de ce cas spécial de dystocie, et après avoir indiqué que les suites de couche furent tout à fait naturelles, je vais passer à l'exposé anatomique.

La tumeur est d'une consistance ferme, rappelant celle des corps fibreux utérins; çà et là cependant elle présente des points fluctuants, limités, qui répondent à des cavités superficielles remplies de liquide, et des points très-durs correspondant à des noyaux cartilagineux et osseux.

La surface, sauf au niveau de la déchirure, est partout recouverte d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, de même nature que celui de la bouche. Sur la déchirure et à son pourtour, on retrouve des débris de la muqueuse et des muscles de la langue; au centre, des fragments de la symphyse maxillaire.

Les coupes, pratiquées dans la partie centrale, de façon néanmoins à ne pas détériorer la pièce, montrent que la masse morbide est constituée par une gangue fibreuse, des kystes et des noyaux cartilagineux et osseux.

L'examen microscopique à l'état frais ou après les préparations préliminaires usitées révèle la structure intime de ces parties composantes.

La gangue fibreuse renferme tous les éléments du tissu conjonctif: faisceaux fibreux, cellules fusiformes en grand nombre, cellules étoilées formant des mailles élégantes remplies de matière amorphe, cellules embryonnaires en amas plus ou moins réguliers, çà et là des cellules à cils vibratiles.

Les kystes, très-nombreux et répartis dans tous les points de la tumeur, varient beaucoup de volume et d'aspect; le liquide qu'ils renferment, plus ou moins visqueux, contient à l'état libre une grande quantité de cellules épithéliales, les unes pavimenteuses, les autres cylindriques, dont quelques-unes, remplies de matière colloïde, sont très-volumineuses, arrondies, translucides et munies d'un noyau bien net. Les parois sont tapissées des mêmes cellules, c'est-à-dire d'épithélium pavimenteux pour les unes, et pour les autres d'épithélium cylindrique très-allongé et très-régulier.

Les noyaux cartilagineux sont de petit volume et composés de cartilage hyalin.

Les masses osseuses irrégulières, perdues dans la gangue fibreuse et dans les cloisons interkystiques n'ont aucune forme précise rappelant des pièces du squelette; elles sont disposées en aiguilles, en lamelles rameuses et composées de tissu osseux bien formé.

Nulle part, on n'a trouvé de nerfs, et les vaisseaux sanguins eux-mêmes sont en très-petit nombre. En somme, cette structure peu compliquée démontre qu'il ne s'agit ici ni d'une inclusion fœtale, ni d'un de ces monstres décrits par Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom d'épignathes, ni même d'un kyste dermoïde; c'est purement et simplement un néoplasme qui non-seulement adhère au maxillaire inférieur, mais encore provient de cet os lui-même. En d'autres termes, il s'agit d'une tumeur fibro-kystique ne différant de celles que l'on observe parfois chez l'adulte que par son développement précoce remontant à la période embryonnaire. Il est évident que la production morbide part de la symphyse, ce qui explique d'abord pourquoi elle renferme des amas d'épithélium à cils vibratiles. On sait en effet qu'en ce point viennent de très-bonne heure se souder sur la ligne médiane les extrémités du premier arc bronchial qui normalement est tapissé par une couche d'épithélium cilié.

Quant aux kystes, ils ont certainement pour origine les follicules dentaires; les épithéliums pavimenteux et cylindriques qu'ils renferment rappellent exactement ceux qu'on trouve dans l'organe de l'émail et dans le revêtement du germe dentaire; elles-mêmes, les cellules étoilées de la gangue, représentent celles du tissu gélatineux de l'organe adamantin.

A la vérité, la multiplication des cavités kystiques légitime au premier abord une objection sérieuse, qui a été formulée déjà pour les tumeurs semblables de l'âge adulte. On s'explique mal comment le petit nombre de follicules dentaires pourrait suffire à produire des cavités closes en aussi grand nombre, de volume si variable, et ne renfermant d'ailleurs nulle trace des parties constituantes des dents. Si bien fondée qu'elle paraisse d'abord, cette objection n'est pas irréfutable. Quand on jette les yeux sur les planches annexées au mémoire de MM. Legros et Magitot (*Origine et formation du follicule dentaire. Journal d'anatomie et de physiologie* de Robin, septembre et octobre 1873), on constate l'existence temporaire, dans l'épaisseur même du maxillaire, d'un système de canaux rameux remplis d'épithélium, et il n'est point défendu de croire que cette disposition, modifiée par un

travail pathologique, puisse donner naissance, et cela en quantité indéfinie, à des cavités offrant les caractères des kystes. Il se passerait là quelque chose d'analogue à ce qui a été décrit pour les kystes de l'ovaire.

Je ne présente cette hypothèse qu'avec réserve, mais dans l'espoir qu'elle aidera à résoudre un point obscur de la pathologie, pourtant si avancée, des os maxillaires. Le fait que je viens de rapporter n'est probablement pas sans analogie dans la science, et il me semble que des cas comparables existent dans un travail de M. le Dr Ahlfeld (de Leipzig) (1), et sont cités fort à tort comme des exemples d'épignathisme.

DISCUSSION.

M. DEPAUL. J'ai écouté avec le plus grand intérêt la communication de M. Verneuil, mais j'avoue qu'au vu de la pièce, je ne me sens pas du tout porté à partager son opinion sur la nature de cette tumeur. Il n'est pas rare d'en trouver de semblables sur les fœtus dans diverses régions, soit au périnée, soit ailleurs, et on les explique généralement avec raison par les produits d'une inclusion fœtale. Dans le musée de la Maternité, j'ai vu les moulages d'une pièce qui ressemble beaucoup à celle que M. Verneuil nous a présentée, sauf que le second fœtus est infiniment mieux reconnaissable. Le premier fœtus ayant cet autre adhérent à sa mâchoire, semble le porter dans sa bouche, à la façon d'un chien. On comprend qu'on trouve dans des tumeurs ainsi formées de débris fœtaux, des noyaux osseux, des cellules cartilagineuses, des épithéliums cylindriques pavimenteux et vibratiles; mais comment donc M. Verneuil expliquerait-il ces portions d'os, de cartilage, etc., dans l'hypothèse d'une tumeur fibro-kystique? M. Verneuil a très-bien fait de faire des réserves prudentes.

M. VERNEUIL. Mes réserves n'ont pas porté sur la nature de la tumeur, que je regarde comme certainement fibro-cystique. Je n'admets pas qu'il y ait ici de second fœtus. En fait d'os, il y a seulement de simples éléments osseux, qu'il faut distinguer avec soin des vrais morceaux d'os reconnaissables dans le cas d'inclusion fœtale; dans ce cas, d'ailleurs, j'expliquerais la présence d'os et de cartilage par l'origine de la tumeur dans la symphyse du maxillaire. Il faut obser-

(1) Ce mémoire est intitulé : *Contribution à l'étude des jumeaux*, a paru dans les *Archiv. für Gynækologie*, t. IV, fasc. 2. On en trouve la traduction dans les *Annales de gynécologie* de Pajot, Courty et Gallard, t. III, mai 1875, p. 369.

ver qu'elle a entraîné une portion de cette symphyse en se détachant du corps de l'enfant.

M. DEPAUL. Il est vrai qu'il y a eu fracture de la symphyse, à laquelle adhérait extérieurement la tumeur par un tissu fibreux ; mais il paraît certain que cet os n'était pas malade. On lui rend sa forme normale en rapprochant les fragments. Or, pour qu'il eût donné naissance à une tumeur aussi considérable, s'il était vrai que cette tumeur provint en effet du maxillaire, il aurait fallu que cet os fût malade, et non-seulement au niveau de cette fracture, mais dans les points environnants. M. Verneuil, qui voulait émettre cette hypothèse, aurait dû s'assurer d'abord au microscope de l'existence de quelque altération osseuse invisible à l'œil nu. Il ne me semble pas douteux que ce soit là un nouveau cas d'épignathisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 juillet 1874.

Anus imperforé. — Communication du rectum avec la vessie. — Opération. — Méconium solide. — Mort. — Autopsie. — Vie de conformation de l'œsophage qui communique avec la trachée.

M. POLAILLON communique à la Société la relation d'un cas intéressant qui s'est présenté dans son service de la Maternité. Un enfant mâle était né le 30 mai vers quatre heures du soir, avec toutes les apparences d'une bonne santé, mais avec un défaut de développement des membres supérieurs, qui n'avaient pas de radius et étaient terminés par des mains bottes. De plus l'anus était imperforé. Il prit bientôt le sein, mais il vomissait immédiatement après chaque tétée. L'urine était claire et normale, non mélangée de méconium, mais des gaz s'échappaient par l'urèthre. M. Polaillon fit l'opération le 31 mai. La recherche de l'ampoule rectale située très-haut présenta des difficultés, et le chirurgien ne le découvrit qu'en introduisant par l'urèthre une sonde qui pénétra heureusement par la communication rectale et vint faire saillie avec l'extrémité du rectum dans l'incision périnéale. Le rectum fut suturé à la peau, et l'incision faite à ce niveau donna issue à trente ou quarante boulettes ressemblant à des excréments de lapin, formées par du méconium solidifié, enduites d'un mucus jaunâtre. La respiration était peu gênée, malgré des mucosités abondantes qui étaient expulsées avec l'air. Pas de garde-robe. Un lavement administré fut rendu seul. Un purgatif fut vomé à l'instant. L'enfant succomba.

A l'autopsie, on découvrit que l'œsophage se terminait dans la tra-

chée. M. Périer a rapporté il y a deux ans un cas où l'œsophage était terminé par un cul-de-sac, tandis que la trachée offrait un orifice communiquant avec l'estomac. Ces observations sont rares. On en compte seulement huit ou dix. Elles s'expliquent par le mode de formation de ces organes chez le fœtus. L'intestin grêle et le gros intestin étaient normaux. Tout le méconium s'était écoulé par la voie facile que lui avait ouverte l'opération, mais à l'état solide. On constatait l'existence d'un étroit orifice entre la face antérieure du rectum et le canal de l'urèthre, communication qui n'est pas très-rare chez les garçons dans les cas d'imperforation de l'anus. M. Polaillon insiste sur les points suivants : 1^o l'état solide du méconium apporte de grandes hésitations dans la recherche de l'ampoule rectale, en ne permettant pas la saillie qu'on peut lui faire vers le périnée par la pression de l'abdomen, lorsque le méconium est liquide ; 2^o le chirurgien a été dans la nécessité de prolonger l'incision périnéale assez loin en arrière. Il a préféré l'incision longitudinale du coccyx avec des ciseaux à la résection de cet os préconisée par M. Verneuil ; 3^o il n'y avait pas eu là une malformation irrémédiable, que serait devenue la communication avec l'urèthre ? M. Polaillon pense qu'elle se serait oblitérée. On l'a observée plus souvent avec la vessie qu'avec l'urèthre. L'affrontement de la peau avec le rectum est utile ; mais, si les fils viennent à couper les tissus, on peut espérer que la réunion se fera néanmoins si l'on soigne convenablement la plaie.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS n'a jamais observé la disposition de méconium en boulettes sur plus de cent enfants qu'il a opérés d'une imperforation de l'anus. — Il est toujours nécessaire de suturer les membranes à la peau. Quand l'ampoule rectale est placée très-haut, la méthode de M. Verneuil permet de faire cette suture facilement. — La communication avec les organes génito-urinaires peut s'oblitérer seule, mais cela n'a pas toujours lieu tout de suite. M. Giraldès l'a vue persister chez des enfants de 2 ans.

M. TERRIER demande si, comme signe de la lésion de l'œsophage, il n'y aurait pas une relation entre la solidité du méconium et l'impossibilité d'avalier des liquides.

M. DESPRÈS a opéré à Cochin un enfant de 4 jours chez lequel il a observé une communication de l'intestin avec les organes urinaires. Il n'avait ni réséqué le coccyx, comme M. Verneuil, ni sectionné, comme l'a fait M. Polaillon, mais il avait fait une incision sur un des bords de cet os. — L'enfant, qui rendait son méconium

avec l'urine, n'en rendait plus après trois jours. Il n'y avait plus de gaz après quinze jours. L'oblitération peut donc se faire naturellement.

M. GUÉNIOT demande comment M. Polaillon a eu la certitude que c'était bien le rectum et non la vessie qu'il tenait au bout de sa sonde. Il désirerait savoir aussi si la concrétion du méconium a eu une cause apparente à l'autopsie dans la disposition de l'intestin ou du foie.

M. POLAILLON répond à M. Terrier qu'on n'a jamais reconnu sur le vivant, sauf dans le cas de M. Perrier, cette imperforation de l'œsophage. A la question posée par M. Guéniot, il répond qu'il a hésité en effet, mais qu'il a fait l'incision malgré ses doutes, ayant une chance pour réussir et ne pouvant pas laisser l'enfant sans opération. Mieux eût valu créer une fistule vésico-anale par où le méconium eût pu s'écouler que de ne rien faire. On aurait pu plus tard remédier à cette infirmité. Quant à la cause de la concrétion du méconium, ne pourrait-elle pas être un signe de l'absence de communication du tube digestif avec ses orifices antérieur et supérieur?

M. DESPRÉS pense que le diagnostic de la lésion de l'œsophage pouvait être établi d'après l'absence du ballonnement du ventre et les vomissements suivant immédiatement l'ingestion des liquides.

[M. PAULET répond à M. Terrier que, puisque le méconium était liquide dans les dix autres cas cités d'imperforation de l'œsophage, le méconium concret ne peut être un signe de ce vice.

M. GUÉNIOT. C'est une erreur de croire que le fœtus avale du liquide amniotique, quoique cela soit dit dans les livres. Le liquide amniotique est fourni par la sécrétion du foie et des glandes intestinales.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'absence de ballonnement du ventre, sur laquelle M. Després voudrait établir le diagnostic de l'imperforation de l'œsophage, n'est pas un fait rare dans les cas d'imperforation de l'anus. Souvent, après vingt-quatre heures, le ballonnement est très-modéré et n'appelle même pas l'attention des parents.

M. POLAILLON. Le ventre de cet enfant était gros, mais non ballonné, ce qui peut s'expliquer par la communication de l'intestin avec l'urèthre, qui permettait l'issue des gaz.

M. GIRALDES. Les enfants qui présentent cette communication du rectum avec la vessie sont, à cause de cela, ceux qui peuvent vivre le plus longtemps avant que l'opération de l'anus imperforé soit pratiquée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 juin 1875.

M. de Sinety fait la communication suivante :

Pendant longtemps on a cru que l'ovaire restait dans un état complet de repos jusqu'à l'époque de la puberté, et Coste, dans son beau travail sur le développement des corps organisés, dit que, « pendant la première période de l'existence des femelles, c'est-à-dire depuis la naissance jusqu'au moment où elles sont aptes à se reproduire, les œufs qui se forment d'assez bonne heure pour qu'on puisse déjà en découvrir dans les ovaires des fœtus à terme, vivent d'une vie latente, restent stationnaires, et ne commencent réellement à grandir qu'aux approches de la puberté » (1).

Mais les progrès de l'histologie ayant permis de mieux observer les faits, on a vu que, chez l'enfant, les follicules de Graaf prenaient souvent un développement considérable, et que sur des ovaires de jeunes filles non pubères, on trouvait des cicatrices résultant de follicules disparus. Waldeyer, dans son travail sur l'ovaire, le dit très-nettement ; et les détails de ce processus (auquel il a donné le nom d'atrésie du follicule) ont été étudiés par M. Slawianski (de Saint-Petersbourg) dans deux mémoires sur ce sujet (2).

J'ai eu cette année l'occasion d'examiner un grand nombre d'ovaires provenant de sujets de différents âges et principalement d'enfants nouveau-nés (dont deux mort-nés, tués par céphalotripsie, m'ont fourni des organes frais et normaux). J'ai observé, sur ces ovaires, que très-souvent, au moment de la naissance, on trouvait déjà des follicules de Graaf parfaitement visibles à l'œil nu. Les plus développés se trouvent toujours dans le voisinage du hile. A cette époque, la partie vasculaire qui devient plus tard la couche médullaire, est presque complètement située hors de l'ovaire et forme une espèce de pédicule qui supporte l'ovaire, à peu près comme le pied d'un champignon en supporte le chapeau. Dans ce pédicule on trouve de gros vaisseaux qui pé-

(1) Coste, *Développement des corps organisés*. Paris, 1847, p. 187.

(2) Slawianski, *Archives de Virchow*, t. LI, p. 470, et *Archives de physiologie*, 1874, p. 213.

nètrent à peine dans l'ovaire proprement dit, ce dernier contenant, disséminés sur tous ces points, des ovules à divers états de développement. J'ai vu assez souvent, dans les quelques jours qui suivent la naissance, un certain nombre de follicules de Graaf acquérir des dimensions considérables et former ainsi une série de véritables kystes.

Dans tous ces kystes, j'ai invariablement trouvé des ovules qui ne pouvaient laisser aucun doute sur l'origine de ces productions. Audessous de ces kystes, j'ai constaté plusieurs cicatrices, plus ou moins revenues sur elles-mêmes, et qui démontraient que les follicules ainsi hypertrophiés pouvaient se résorber.

Cette poussée, qui se fait du côté des ovaires au moment de la naissance, est-elle en rapport avec ce qui se produit du côté de la glande mammaire? Je serais porté à l'admettre, quoique le nombre de faits dont je dispose ne soit pas encore suffisant pour m'autoriser à affirmer ce rapport comme un fait constant.

De même que, dans la mamelle de l'enfant, la congestion qui accompagne la production du lait dépasse quelquefois les limites physiologiques, pour donner lieu à des mammites et à des abcès, de même aussi ce développement des follicules de Graaf, que j'ai observé dans tous les ovaires que j'ai pu étudier, prend, dans certains cas, des proportions exagérées, et nous avons alors ces ovaires kystiques qu'on rencontre si souvent chez les très-jeunes enfants.

Il serait intéressant aussi d'étudier ce qui se passe du côté des testicules chez l'enfant mâle, qui, comme je l'ai démontré, possède à ce moment de la vie la même propriété lactifère que la femelle.

On peut encore rapprocher de ces faits ceux bien connus d'inflammations de la mamelle qui se développent au moment de la puberté dans les deux sexes, et qui paraissent en connexion avec les transformations qui se passent du côté des organes génitaux à cette période de la vie.

Le développement des follicules de Graaf, chez les enfants, est aussi en rapport avec la forme et la constitution de l'ovaire aux différents âges.

Les cicatrices résultant de l'atrésie de ces follicules font pénétrer de plus en plus dans l'ovaire le tissu conjonctif et les vaisseaux, et repoussent avec la périphérie la couche contenant des ovules.

Dans cette couche, ce sont toujours les follicules de Graaf situés le plus loin de la surface et par conséquent le plus près des parties vasculaires qui sont le plus développés. On dirait que, recevant plus de nour-

riture, ils vivent d'une vie plus active, et cela aussi bien dans l'enfance que pendant la période d'activité génitale.

En examinant les ovaires depuis l'époque de leur apparition pendant la vie intra-utérine jusqu'au moment de la naissance, on voit que la division de l'ovaire en deux parties, substance corticale et substance médullaire, ne peut pas être admise à cet âge. Chez le nouveau-né, comme je l'ai dit au début de cette communication, ce qui devient plus tard la substance corticale constitue tout l'ovaire, et on trouve des ovules sur tous les points de cet organe. La future substance médullaire n'y existe qu'à l'état rudimentaire et est alors représentée par ce que j'appellerais volontiers le pédicule de l'ovaire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Des propriétés physiologiques du bromure de camphre (camphre monobromé de Wurtz) et de ses usages thérapeutiques, par le docteur L. PATHAULT, in-8°, 4 fr. 25. Paris, Adrien Delahaye, éditeur.

Il Biennio Clinico 1873-74, nella R. Scuola de Ostetricia di Milano, diretta per prof. Domenico CHIARI. Milano, stabilimento di A. Zana boni.

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANOMALIES DU SYSTÈME DENTAIRE
CHEZ L'HOMME ET LES MAMMIFÈRES

DES ANOMALIES DE L'ÉRUPTION

(Suite et fin)

Par le Dr **E. Magitot**,
Membre de la Société de chirurgie, etc.

§ 2. — *Eruption précoce.*

L'éruption précoce des dents doit être envisagée successivement aux deux dentitions temporaire et définitive. A la première dentition, le phénomène a été de tout temps signalé. C'était un préjugé très-répandu chez les anciens que de grandes destinées attendaient les enfants mâles naissant avec des dents, tandis que chez les filles, ce signe était au contraire néfaste. Deux Romains, Curius, surnommé Dentatus, et Papirius Carbon, étaient, suivant Pline, nés avec des dents (1).

Dans les temps modernes, on connaît les prétendus exemples de Louis XIV, de Mirabeau et quelques autres encore.

(1) Histoire naturelle, liv. VII, chap. 15.

Ces faits, d'ailleurs, sont très-réels; nous en avons parlé déjà plus haut, et nous pouvons en citer un certain nombre parfaitement authentiques. Outre les cas de dents observées à la naissance par MM. Tarnier, Gueniot (1), Masse (2), M. Giraldès en a signalé un de son côté (3); MM. Sappey et Thore (4) rapportent aussi des faits d'apparition sinon à la naissance, du moins dans les premiers temps de la vie. M. André Sanson nous a signalé récemment un exemple d'éruption des deux incisives centrales inférieures à la naissance, observé sur son propre fils, et nous-même nous en avons rencontré un chez un enfant mâle bien développé et à terme. C'est en assistant, en 1860, un médecin d'une localité du Pas-de-Calais que nous avons rencontré ce fait : les parents, cultivateurs aisés, étaient d'une excellente santé, et n'avaient, ni l'un ni l'autre, présenté rien d'analogue. Chez le sujet, le bord libre des incisives centrales inférieures était parfaitement visible hors de la muqueuse.

On voit donc qu'il ne faudrait pas, avec M. Blot (5), révoquer en doute les faits d'éruption dentaire à la naissance. Cet observateur assure, en effet, que, sur plus de 20,000 naissances, il n'a observé aucun cas d'éruption. Il ne faudrait pas non plus les croire aussi communs que le voudraient MM. Besnier et Guéniot (6), qui prétendent que de tels exemples sont familiers aux matrones et aux sages-femmes, qui auraient l'habitude de pratiquer l'ablation de ces dents dès le lendemain de la naissance. Un praticien anglais, M. Cartwright (7) conseille même formellement cette pratique, affirmant qu'elle n'est nullement nuisible et que la perte de substance persiste sans rapprochement des dents voisines et sans troubler l'évolution des dents permanentes, qui apparaissent régulièrement à l'époque ordinaire.

Nous comprenons toutefois fort bien les réserves qu'inspirent à M. Blot les récits si nombreux de ces cas d'éruption à la naissance; ils sont si rarement observés avec un soin et une rigueur suffisants : le plus souvent, ce sont des gens du monde, des parents qui se bor-

(1) Bull. de thérapeutique, 1875, p. 30.

(2) Même recueil, 1874, p. 500.

(3) Comptes-rendus et Mémoires de la Soc. de biologie, 1860, p. 9.

(4) Comptes-rendus et Mémoires de la Soc. de biologie, 1859, p. 41 et 55.

(5) Voy. Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1863, p. 185, séance du 6 mai.

(6) Eod. loc.

(7) Transactions of the odontological Society of London, 1863, p. 132.

ment à placer les doigts sur l'arcade dentaire d'un nouveau-né et qui, sentant alors ce bord si dur que forme le bourrelet gingival, à cette époque, en concluent parfois, sans plus ample examen, à l'existence de dents sorties au dehors.

Un autre observateur qui, dans une pratique obstétricale déjà longue n'avait pas encore recueilli de faits d'éruption à la naissance, M. Mattei (1) vient tout récemment d'en rencontrer un qu'il a pu observer directement et qui offre, par conséquent, toute garantie : L'enfant était né à terme. C'était une fille qui présentait, visibles, les deux dents incisives centrales inférieures. M. Mattei parle encore, dans sa relation, d'autres cas analogues qui lui ont été rapportés, mais, comme il n'a pu les constater directement, nous ne nous y arrêtons pas.

Ces faits restent, en définitive, en nombre assez restreint. Aussi sommes-nous pris de doute à notre tour, lorsque nous lisons, par exemple, le récit que M. l'abbé Petitot adresse à la Société d'anthropologie de Paris (2), et dans lequel il affirme que, chez les peuplades indiennes de l'Amérique arctique, les enfants naissent souvent avec des dents. Nous sommes également surpris des réflexions que M. Broca (3) a présentées à cette occasion et où il assure que des éruptions de deux ou de quatre incisives ne sont pas rares chez les nouveau-nés de notre pays. Nous insisterons donc avec M. Blot sur la nécessité que de tels faits soient recueillis par des personnes compétentes, des médecins par exemple, qui, sans se borner à tâter du doigt le bord gingival, constatent *de visu* l'existence d'une dent et donnent ainsi à ces exemples les garanties d'une observation rigoureuse.

Dans tous les cas, ainsi qu'on le voit, l'éruption anticipée ne porte pas nécessairement sur l'ensemble de la dentition temporaire, mais le plus ordinairement sur une ou deux pièces du système dentaire, les autres restant incluses dans les maxillaires jusqu'à l'époque de sortie normale. Toutes les dents de la série n'éprouvent donc nullement la même précocité régulière et proportionnelle, et celles qui sont ainsi prématurément sorties ne sont pas suivies dans les délais ordinaires par les évolutions ultérieures.

Toutefois il faudrait bien se garder d'une erreur qui consisterait à

(1) *Union médicale*, 1875, 12 juin, p. 870.

(2) Voyez *Bulletins de la Soc. d'anthropologie*, 1875, p. 246.

(3) Voyez même recueil, *loc. cit.*, même page.

considérer ces faits d'éruption précoce comme une dentition supplémentaire en même temps que prématurée. Car les dents ainsi parues avant l'époque physiologique continuent de faire partie de la série dentaire à laquelle elles appartiennent.

Il résulte de là que des dents sorties, par exemple, à la naissance, lorsqu'elles ne sont point enlevées avec l'ongle par les matrones ou les nourrices, ou qu'elles n'ont pas subi d'élimination par suite de circonstances pathologiques, conservent leur position normale et n'effectuent pas nécessairement leur chute ultérieure à une époque plus précoce. Les cas de cet ordre ne représentent donc, en définitive, qu'une avance de quatre à huit mois environ sur la date normale de l'éruption, puisque c'est en moyenne vers le septième mois qu'apparaît la première dent.

Les causes de l'éruption anticipée d'une ou de plusieurs dents chez les nouveau-nés nous échappent entièrement, et il ne faudrait pas croire, comme le veulent certains auteurs, qu'elle s'observe particulièrement chez des sujets à organisation et constitution robustes, sous l'influence d'une sorte de suractivité vitale et fonctionnelle. Cela n'est pas absolu et il existe un certain nombre de faits d'une notable précocité même chez des enfants débiles ou affectés de diathèses comme la syphilis, par exemple. Toutefois il est incontestable que l'éruption prématurée à la naissance peut devenir la cause des accidents dits de dentition à cette période. La raison anatomique est certainement l'effort exercé sur les gencives, non préparées et encore dures et résistantes, par la couronne en voie d'éruption, d'où les actions réflexes soit sur le tube digestif (diarrhée, entérite), soit sur les centres nerveux (éclampsie, etc.), soit sur d'autres appareils, sans préjudice des lésions locales, stomatite, abcès, gangrène des follicules, etc.

D'autres fois, en effet, la sortie prématurée d'une dent entraîne, au sein des follicules, la production de désordres plus ou moins graves : phlegmon du sac et élimination de son contenu, comme dans les cas de MM. Masse et Guéniot (1). M. Fauvelle, de Laon (2), a cité un exemple de projection hors des mâchoires de follicules prématurément développés. M. Périer en rapporte un autre avec hématoécèle ou kyste folliculaire (3). Enfin, dans un fait d'éruption à la naissance, des acci-

(1) Voy. Bulletin de thérapeutique, 1874, p. 500, et 1875, p. 30.

(2) Bulletin de la Soc. médicale de l'Aisne, 1874, p. 85.

(3) Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie, 1875.

dents du côté de la langue, ulcération du frein et de la face inférieure, ont obligé à pratiquer l'extraction de deux incisives (1).

Nous avons dit tout à l'heure que la précocité dans l'éruption de la dentition temporaire n'exerce pas nécessairement une influence soit sur la chute normale, soit sur l'apparition de la seconde dentition. Toutefois nous avons observé deux fois une relation dans la précocité des deux dentitions chez deux enfants, dont nous avons pu suivre l'ensemble de l'évolution dentaire. Tout l'ensemble du système dentaire était ainsien avancé et d'une manière régulière d'environ six mois sur les moyennes d'observation.

L'éruption anticipée d'une dent temporaire peut amener au dehors une dent de forme normale, mais, dans un certain nombre de cas, la dent, prématurément sortie, présente des caractères anormaux comme une petite monstruosité, parfois c'est une dent atrophique conoïde ayant l'aspect d'une dent surnuméraire.

Pour la dentition permanente, l'éruption anticipée s'observe de la même manière à un intervalle de temps plus ou moins grand avant l'époque normale. Seulement cette anomalie présente alors une bien plus grande importance et des inconvénients beaucoup plus sérieux que dans la première dentition, attendu que l'éruption d'une dent permanente, survenant au milieu des dents temporaires, rencontre de la part de celles-ci des obstacles qui entraînent la production de désordres variés. C'est même dans ces circonstances que se produisent les *anomalies de direction* comme celles que nous aurons à décrire dans une autre partie de ces études.

L'éruption précoce d'une dent permanente produit donc immédiatement, si elle n'est point précédée de la chute correspondante d'une dent de lait, une augmentation numérique du système dentaire relativement à l'âge du sujet qui présente ce phénomène. Elle peut porter sur diverses espèces de dents. Ainsi, suivant l'ordre de fréquence de cette anomalie, nous signalerons d'abord la première grosse molaire qui apparaît, comme on sait, normalement à la sixième année, et peut devancer cette époque d'une année et même de deux ans. Nous l'avons vue apparaître à 4 ans; puis les incisives inférieures ou supérieures qui peuvent éprouver le même avancement d'un an ou deux et qui alors se placeront le plus souvent en dedans de l'arcade en ar-

(1) Voir l'observation de M. le Dr A. Dumas, de Cette, in *Union médicale*, 1875, p. 117.

rière des dents temporaires correspondantes et produiront ainsi une difformité qui a été souvent désignée sous le nom de *double rangée de dents*.

Les prémolaires présentent rarement une avance notable dans la sortie; il en est de même de la canine qui, au contraire, tarde parfois longtemps à paraître que les dents voisines peuvent effectuer un certain rapprochement l'une vers l'autre et ne lui laisser dès lors qu'une place insuffisante. C'est à cette particularité qu'est ordinairement due cette déviation des canines consistant dans leur saillie extrême, soit au devant de l'arcade dans la fosse canine, soit en arrière dans la voûte palatine.

Quant à la conduite à tenir en pareille circonstance, elle varie suivant les indications des cas particuliers. Pour la dentition temporaire aucune intervention ne nous paraît autorisée et nous blâmerions absolument la prétendue pratique des matrones, malgré les inconvénients que peut présenter pour la nourrice l'existence d'une ou de deux dents chez le nouveau-né.

Pour la seconde dentition, au contraire, l'intervention est souvent indiquée. Ainsi, lorsqu'une dent permanente, apparaissant avant la chute d'aucune des temporaires, éprouve des déviations de divers genres, il est nécessairement indiqué de faire le sacrifice d'une ou de plusieurs des dernières pour provoquer le redressement et le classement régulier de la dent déviée. Dans certains autres cas, il y a lieu d'appliquer des appareils variés, destinés à réduire les mêmes déviations. Ces faits appartiennent d'ailleurs à l'étude des *anomalies de direction*.

§ 3. — *L'Éruption tardive.*

L'éruption tardive des dents est bien plus commune que l'anomalie précédente par cette raison générale que les retards ou ralentissements dans les phénomènes d'évolution des organes sont bien plus fréquents que les exemples de précocité et de suractivité physiologique.

En ce qui concerne la dentition temporaire, les retards dans l'évolution s'observent le plus communément chez les enfants qui apportent à la naissance un état maladif aigu ou chronique et plus particulièrement une diathèse héréditaire. Nous avons déjà signalé plus haut l'influence qu'exerce à cet égard la scrofule, le rachitisme, la crétinisme, la microcéphalie et même la syphilis héréditaire. Dans un relevé dressé à l'hôpital de Manchester (1), on a constaté que sur 72 enfants mal

(1) Whitehead Hind reports of clinical hospital, 1859,

conformés, la plupart rachitiques, il y en avait 24 chez lesquels la dentition n'avait pas commencé au 12^e et au 13^e mois. M. Giraudeau a montré à la Société de biologie (1) le crâne d'un enfant rachitique âgé de 16 mois, chez lequel la dentition n'avait pas encore commencé, bien qu'on trouvât toutes les dents incluses dans la mâchoire.

Ces retards sont en général de plusieurs mois, souvent même de six mois, parfois même d'une ou deux années, ce qui s'observe par exemple chez les syphilitiques, les idiots. Dans un cas que nous avons personnellement observé, deux enfants nés successivement d'une femme à antécédents scrofuleux n'ont eu leur première dent qu'au 14^e mois. Nous ne parlons ici, comme on le pense bien, que des cas de retard dans l'éruption et non d'absence complète, ce qui s'est rencontré assez fréquemment. Ces derniers faits appartiendraient d'ailleurs aux anomalies de *nombre* et ont été étudiés ailleurs (2).

L'éruption tardive de la dentition temporaire n'est pas exclusive aux incisives inférieures ou supérieures qui apparaissent les premières; elle peut atteindre et atteint en effet le plus souvent toute la série, dont l'ensemble éprouve de la sorte un retard proportionnel et successif. C'est ainsi que les choses se passent sur l'influence des états généraux et des diathèses, tandis que le retard isolé d'une dent doit être attribué, soit à une cause locale, soit à une perturbation, de nature saisissable ou non, dans l'évolution folliculaire.

Toutefois l'éruption tardive d'une ou de plusieurs dents temporaires ne réclame aucune intervention directe. La seule influence qui puisse s'exercer appartient aux traitements généraux dirigés vers un état général ou une diathèse. C'est ainsi qu'a été conseillé dans le cas de rachitisme le phosphate de chaux uni à divers moyens. Les diathèses scrofuleuse et syphilitique réclament ainsi des traitements appropriés.

Dans la dentition permanente, les retards de l'éruption s'observent bien plus fréquemment que pour la dentition temporaire et ils présentent en outre un plus grand intérêt, en raison des perturbations qu'ils peuvent apporter au système dentaire.

Ces faits sont depuis longtemps connus; seulement ils étaient l'objet d'une interprétation erronée au sujet de laquelle nous devons surtout mettre en garde les observateurs. Ainsi les auteurs anciens jus-

(1) Comptes-rendus et Mémoires de la Société de biologie, 1860, p. 9.

(2) Voir *Journal d'anatomie* de Ch. Robin, 1874, p. 45.

qu'à Haller (1) et Gehler (2) et après eux bien des auteurs modernes parlent de l'apparition chez certains sujets d'une *troisième dentition*. On connaît l'exemple cité par Pline d'un vieillard de 104 ans chez lequel des dents s'étaient reproduites. Nous ne saurions trop nous élever contre de pareilles assertions, et nous révoquons en doute d'une manière absolue tous les exemples signalés ainsi de troisième dentition. Nous n'en connaissons aucun fait observé rigoureusement, et c'est faute de s'être livré à un examen attentif et à l'étude suffisante des antécédents qu'on a pu considérer un simple fait d'apparition tardive comme une éruption supplémentaire.

L'évolution du système dentaire comprend en effet deux séries successives de phénomènes désignés sous le nom de première et de seconde dentition. A l'une de ces deux périodes peut, il est vrai, s'ajouter une formation supplémentaire comprenant les dents dites *supplémentaires*, mais dont l'apparition est constamment *contemporaine* de la période à laquelle elle correspond. Les dents supplémentaires sont en outre le plus souvent reconnaissables à une forme spéciale sur laquelle nous avons insisté dans une autre division de ces études (3), et leur genèse est due à un processus physiologique particulier qui a été décrit. En dehors de ces anomalies numériques de physionomie et de caractère spéciaux, la loi des *deux* dentitions reste une et invariable. Il faut donc repousser comme apocryphe les récits de *troisième* et de *quatrième* dentition, en leur réservant l'interprétation d'éruptions tardives.

C'est ainsi qu'il faut considérer les faits d'Isabeau (4), qui mentionne des éruptions dentaires à 80, 92 et même 120 ans. Fauchard (5) en cite à 40, 56 et 69 ans. Hoffmann, Bartholin et d'autres encore en rapportent également, mais ces relations, il faut le dire, manquent d'ailleurs le plus ordinairement de rigueur suffisante (6). C'est surtout dans les

(1) *Elementa physiologiæ*, t. VIII, p. 22. — Encyclopédie anatomique, art. *Dents*.

(2) *De dentitione tertîæ*. Leipsiæ, 1766.

(3) Voyez *Anomalies de nombre*, journal d'anatomie de Ch. Robin, *loc. cit.*

(4) *Journal de médecine*, 1766, t. XXV.

(5) *Le chirurgien-dentiste*, 1777, t. I, p. 328.

(6) Voir toutefois les faits signalés dans les recueils suivants : *Éphémérides des curieux de la nature*, deux exemples cités par Menzelius de vieillards dont l'un de 110 ans, à éruptions dentaires multiples. — *Archives générales de médecine*, 1840, un cas analogue. — *Transactions of the odontological Society of London*, 2^e série, t. III, p. 271, plusieurs exemples.

exemples de longévité qu'on a signalé la production de nouvelles dents, caractère en quelque sorte d'un retour de jeunesse. Les centenaires ont toujours autour d'eux quelques légendes, et parmi celles-ci l'apparition des dents est une des plus communes. Nous ne connaissons pour notre compte aucun fait de ce genre qui ait été rigoureusement observé, et en outre, nous dirons qu'au point de vue physiologique une telle reproduction de dents est inadmissible chez les vieillards. On sait, en effet, aujourd'hui que la genèse du follicule dentaire a pour mécanisme une série d'actes évolutifs ayant pour point de départ soit un bourrelet épithélial embryonnaire (dents temporaires), soit une dérivation du cordon épithélial des dents caduques (dents permanentes); or, chez le vieillard après la chute totale de toutes les dents, les bords alvéolaires sont entièrement dépourvus de toute condition d'une telle évolution. Rien dans la couche muqueuse qui revêt la mâchoire n'est semblable au bourrelet du nouveau-né, et la disparition de toutes les dents ne permet aucune dérivation d'un cordon folliculaire préexistant.

Si donc une éruption dentaire vient à apparaître chez un macrobite, le phénomène qui se borne, en général, à la production d'une dent ou de deux au plus, rentrera nécessairement et invariablement dans la catégorie des simples retards d'éruption.

Dans les auteurs modernes, du reste, nous trouvons, à ce propos, des exemples bien plus soigneusement observés. Ainsi M. Le Gendre (1) rapporte que chez un homme de 35 ans, une première grosse molaire effectua son éruption à la place de la deuxième prémolaire tombée peu de temps auparavant. Les deux dents avaient pu être soumises l'une et l'autre à un examen minutieux, et il resta évident qu'elles appartenaient exactement, à la seconde dentition. En outre, la première grosse molaire manquait à l'arcade, et bien qu'on pût croire tout d'abord à un exemple de troisième dentition, l'observation rigoureuse des faits démontra qu'il s'agissait de l'éruption tardive de cette grosse molaire, hétéropiquement sortie à la place de la prémolaire, laquelle fut repoussée et luxée par la première.

Un autre exemple également très-bien observé est dû à un ancien interne des hôpitaux, M. Casse (2). Il est relatif à l'éruption d'une canine supérieure chez une femme de 85 ans, éruption suivie bientôt de la sortie

(1) Comptes-rendus et Mémoires de la Société de biologie, 1859, p. 163.

(2) Comptes-rendus et Mémoires de la Société de biologie, 1869, p. 84.

de trois autres dents permanentes. Cette observation avait encore fait naître l'idée d'une dentition tertiaire que l'étude des antécédents a infirmée, car il fut reconnu que les dents apparues à cet âge n'avaient point fait leur éruption à l'époque normale.

En ce qui nous concerne personnellement, nous avons recueilli trois faits de cet ordre :

Le *premier* exemple est celui d'un vieillard de 73 ans, chez lequel on avait signalé la sortie des deux canines supérieures. Leur éruption extrêmement lente avait commencé six années auparavant, et au moment où nous l'examinâmes, les deux dents ne faisaient saillie au dehors que du tiers environ de leur couronne. Leur sortie avait lieu au siège ordinaire qui, d'après les renseignements précis du sujet, était resté libre depuis la chute des canines temporaires, effectuée dans la jeunesse. Nous prîmes le moulage de la mâchoire. Quant à la mâchoire inférieure encore garnie de la plupart de ses dents, elle avait été tout à fait normale numériquement.

Un *second* exemple nous fut fourni par une malade du service de Velpeau de la Charité, en 1863. Elle était âgée de 64 ans et était entrée à l'hôpital pour une affection utérine. Pendant son séjour, il lui survint à la mâchoire supérieure et au fond de la bouche une inflammation assez vive qui aboutit à la sortie simultanée de deux molaires d'un volume peu considérable, mais d'une forme régulière. L'éruption de ces deux dents s'acheva dans l'espace de deux mois. Dans ce nouveau fait qui fut d'abord considéré par l'illustre chirurgien comme un exemple de dentition tertiaire, il nous fut possible de démontrer par l'étude des antécédents que les dents de sagesse n'avaient jamais paru en ce point et que, dès lors, il fallait considérer ce phénomène comme l'éruption tardive de celles-ci.

Le *troisième* exemple nous a été présenté tout récemment par un honorable médecin de Paris, le Dr N..., âgé actuellement de 74 ans : les deux canines supérieures avaient éprouvé un même phénomène de retard considérable ; la canine droite était sortie à 28 ans ; la gauche était apparue à 72 ans, et pendant l'espace de deux années, elle n'avait percé la muqueuse que de 2 millimètres environ de sa longueur. La sortie de la seconde avait été précédée de quelques accidents : douleurs, hémorrhagie, etc., et elle avait eu pour conséquence la chute des deux incisives voisines.

A ces exemples de dentition tardive survenue chez des individus comme accident tératologique isolé et local, il faut ajouter les faits

nombreux de même genre qui se produisent consécutivement à des troubles généraux de l'organisation; tel est le cas signalé par M. Trélat (1) chez un individu frappé de nanisme, âgé de 18 ans, et d'une taille de 104 centimètres, chez lequel les dents temporaires étaient toutes persistantes dans la bouche, sauf les deux incisives centrales supérieures et les quatre premières molaires. Cet état correspondait à la dentition d'un enfant de 7 à 8 ans. Ces phénomènes se retrouvent d'ailleurs à des degrés variables, mais d'une façon presque constante, chez les idiots, les microcéphales, les rachitiques, etc. Mais, dans ces circonstances, il faut remarquer que c'est généralement toute la dentition qui éprouve un retard proportionnel et non une ou plusieurs pièces isolées.

L'éruption tardive d'une ou de plusieurs dents, lorsqu'elle ne présente qu'un accident local, s'accompagne ordinairement de quelques troubles précurseurs ou concomitants. Ainsi, dans les deux cas de MM. Legendre et Casse, le phénomène avait été précédé de phlegmon et d'abcès, au milieu desquels la dent avait effectué son apparition. Il en avait été à peu près de même dans le fait observé chez Velpeau à la Charité.

Le mécanisme de ces retards dans l'évolution et l'apparition des dents est ordinairement insaisissable. Il résulte, ainsi que pour la plupart des anomalies du système dentaire, de troubles plus ou moins profonds dans la nutrition intra-folliculaire. Pour certains cas, cependant, une cause reste appréciable; ainsi, on a remarqué que la deuxième prémolaire permanente, l'inférieure surtout, présentait souvent cette anomalie. Nous l'attribuons ici à ce que cette dent, apparaissant à la fin de la deuxième dentition, rencontre souvent une place assez restreinte entre la première prémolaire et la première grosse molaire, et cette circonstance qui entraîne une déviation fréquente de direction peut aussi amener un notable retard ou même la rétention et l'atrophie du follicule qui reste inclus dans le maxillaire. Cette explication s'applique avec plus de portée encore à la dent de sagesse inférieure, laquelle trouve souvent, comme on sait, entre la base de la branche montante et la deuxième molaire un emplacement insuffisant ou même nul.

C'est par suite de ces circonstances qu'on a pu reconnaître parfois à la dissection des mâchoires l'inclusion de certaines dents qui n'avaient pas

(1) Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris, 1867; séance du 4 juillet.

effectué leur sortie régulière. Souvent même, dans ces cas, on constate en même temps l'hétérotopie d'un follicule (1).

L'intervention de l'art dans les cas d'éruption tardive doit dépendre absolument des circonstances qui précèdent ou accompagnent le phénomène : ainsi, dans le fait observé par nous, chez le vieillard de 73 ans, il n'y avait lieu à aucune pratique, puisque l'éruption ne produisait point de désordre ; dans d'autres faits, au contraire, il peut être formellement indiqué, à cause de la violence des accidents inflammatoires, d'effectuer l'extraction des dents anormales.

§ 4. — *Chute prématurée et chute tardive.*

Les anomalies consistant dans la chute prématurée ou tardive des dents doivent être envisagées, de même que le phénomène inverse, aux deux dentitions.

En ce qui concerne la dentition temporaire, elles sont presque toujours en relation intime avec l'éruption tardive ou anticipée des permanentes. Nous avons déjà dit à plusieurs reprises que la raison physiologique de la chute d'une dent temporaire était l'éruption au-dessous de celle-ci de la permanente correspondante, et réciproquement la persistance d'une dent de première dentition correspond à l'atrophie, au déplacement ou au retard de la même dent correspondante. Nous pourrions ainsi nous dispenser d'aucune description relative à ces faits de chute prématurée ou retardée des dents temporaires, puisqu'ils sont toujours corrélatifs d'autres anomalies déjà étudiées. C'est ainsi que certaines dents temporaires persistent à leur place régulière pendant une partie ou pendant toute la durée de la vie. Nous avons observé, par exemple, la persistance des incisives centrales temporaires chez un homme de 53 ans.

La persistance des grosses molaires temporaires s'observe encore très-souvent concurremment avec l'absence congénitale ou l'atrophie des secondes prémolaires. Nous en connaissons de nombreux exemples. Des dispositions analogues peuvent s'observer chez les animaux domestiques : tel est le cas dont nous devons la communication à M. Sanson et chez lequel un coin temporaire persistait chez un âne âgé de 6 ans.

(1) Voyez, par exemple, Hunter, qui signale un fait de rétention d'une canine supérieure dans l'apophyse alvéolaire. *Traité des dents*, traduction Richelot, 1839, pl. VI, fig. 8. — Voyez aussi un exemple d'inclusion des dents de sagesse inférieurs chez un sujet âgé. Musée du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, Londres, n° 392.

Dans ce cas, les dents de lait conservent invariablement leur physiologie et leur solidité; seulement, comme elles sont d'un volume et d'une hauteur moindres que les dents permanentes voisines, elles apportent à la courbe et à la symétrie de l'arcade dentaire des irrégularités, des dépressions qui peuvent devenir la cause d'une certaine gêne dans les fonctions. En outre, il est remarquable qu'elles paraissent subir plus facilement les atteintes de certaines maladies et, en particulier, de la carie, et nous dirons ici en passant qu'à l'égard de la thérapeutique de ces affections, elles doivent être considérées et traitées au même titre que des dents permanentes.

Dans quelques circonstances toutefois, on observe une région de l'arcade dentaire privée chez l'adulte de dents définitives, bien que les dents temporaires correspondantes manquent également. Tel est un cas recueilli par nous, dans lequel, chez un sujet de 40 ans : la région des incisives au bord supérieur était absolument vide. Les dents de lait avaient été extraites à tort et ne s'étaient point remplacées. On pouvait prévoir dans un cas de ce genre que les incisives centrales permanentes vraisemblablement incluses dans l'arcade dentaire, pourraient encore évoluer tardivement et donner lieu ainsi à l'interprétation d'une dentition tertiaire. Le sujet de cette observation n'a pas toutefois été suivi.

On voit, du reste, que dans tous ces cas, soit de dents temporaires persistantes, soit d'absence congénitale, aucune intervention chirurgicale n'est admissible, et il faudrait bien se garder de conseiller dans ces conditions l'extraction d'une dent de lait, dans le but de provoquer l'apparition de la permanente correspondante, pratique absolument en opposition avec la loi que nous avons formulée.

En ce qui concerne la chute prématurée des dents permanentes, elle ne représente jamais, selon nous, un fait de tératologie, mais répond à des phénomènes morbides qui sont du domaine de la pathologie spéciale. D'autre part, leur persistance au delà de l'époque moyenne, loin d'être un fait anormal, serait, au contraire, l'indice d'une santé vigoureuse et d'une constitution robuste.

Quelques observations faites par nous, sur l'état physique des dents tombées spontanément dans une extrême vieillesse, peuvent mettre sur la voie du véritable mécanisme de la chute sénile : ainsi, on observe que les dents prennent, à la fin de la vie, un aspect vitreux et transparent qui s'accompagne d'une très-grande fragilité. En outre, le périoste dentaire paraît éprouver une résorption, et la couche de

cément s'hypertrophie très-notablement. Enfin, si l'on pratique une coupe verticale de l'une de ces dents au travers de la cavité de la pulpe, on reconnaît que cette cavité est entièrement comblée par la dentine secondaire, qui a la couleur ambrée et la transparence du reste de l'organe. La pulpe n'existe plus; elle a subi cette résorption qui fait place à la dentine secondaire. C'est l'achèvement du phénomène continu de production dentinaire, qui ne cesse qu'après la réplétion de la cavité centrale.

En dehors de ces conditions physiques appréciables à l'examen direct, toute chute de dent chez le vieillard doit être regardée comme due à des accidents de l'ordre pathologique. La chute sénile s'accompagne invariablement des phénomènes que nous venons d'indiquer, et que nous n'avons observés que dans un âge très-avancé.

LES LYMPHATIQUES UTÉRINS

ET

LEUR RÔLE DANS LA PATHOLOGIE UTÉRINE

(Suite)

Par le Dr **Just Lucas-Championnière**,

Chirurgien des hôpitaux,

Membre de la Société de chirurgie.

Il me semble impossible d'étudier la pathologie de l'utérus en général, les transformations de son tissu, sans se souvenir de la grande part prise par les lymphatiques à la constitution de ce tissu. L'anatomie pathologique insuffisamment étudiée ne nous a pas encore donné sur ce point de caractères précis, mais il y a de nombreuses et légitimes raisons de penser que leur rôle est fort important.

On a vu que l'utérus, lors de la grossesse et de l'accouchement, présentait une susceptibilité toute marquée à l'angioleucite, et j'ai étudié de préférence ces manifestations à la périphérie de l'utérus et au milieu des organes voisins.

Mais, dans l'état de vacuité, à toutes les époques de la vie, cet organe n'en reste pas moins formé d'un tissu lymphatique. Ce fait anatomique a nécessairement des conséquences pathologiques. Il est impossible

qu'une disposition anatomique aussi remarquable ne retentisse point sur la modalité des faits de la pathologie utérine.

Je ne connais pas d'auteur qui ait tenu compte de ce fait, et cependant il n'y a guère d'organe en la machine humaine dont les troubles morbides aient plus donné lieu aux perquisitions et aux dissertations des observateurs. Il est bien vrai que, malgré tant de recherches, l'étude des transformations morbides du parenchyme utérin est encore pleine de mystères. L'utérus se modifie-t-il dans son volume ou dans sa forme, en tout ou en partie; on parle de son inflammation! inflammation aiguë, inflammation chronique. Mais ces mots ne s'accompagnent guère de descriptions anatomiques et histologiques, et nous savons seulement que ces troubles dits inflammatoires se passent dans un organe presque dépourvu de tissu cellulaire; que l'inflammation se produit ici dans des conditions toutes différentes de celles qui favorisent l'inflammation de bien d'autres régions.

Parmi les causes d'inflammation on doit signaler comme fréquente la disposition scrofuleuse. On voit l'utérus subir à un haut degré l'impression de la diathèse scrofuleuse. Ici je n'ai pas besoin de citer les noms qui se rapportent à une observation commune et j'ajoute que pour bien des cas où on n'a pas dit scrofule on a toujours au moins dit : tempérament lymphatique.

Ce fait, entre beaucoup d'autres du même ordre, m'a vivement frappé. Sans avoir la prétention de faire un exposé correct et définitif de la pathogénie des maladies de l'utérus, une des questions les plus ardues de la pathologie, je dirai qu'il ne me paraît pas possible de chercher à expliquer l'évolution des lésions dites bénignes de l'utérus, sans tenir compte de deux faits capitaux, une circulation sanguine de forme toute spéciale, une circulation lymphatique extraordinairement étendue et susceptible d'énorme extension.

Le mode de la circulation du sang dans l'utérus est tel qu'il a frappé presque tous les observateurs. On peut dire qu'aucun organe n'est plus favorablement disposé aux phénomènes de la congestion. Même la congestion est une nécessité périodique de sa vie régulière. Quoi de surprenant que l'exagération ou la persistance de cette congestion normale crée un ensemble pathologique?

Parmi les auteurs les plus éminents qui ont insisté sur l'étude de ces phénomènes de congestion, il faut citer Aran qui fait jouer à la congestion un rôle capital dans l'histoire des phénomènes morbides de l'utérus. Tout ce qu'a dit Aran sur ce sujet est admirablement juste,

nous ne lui reprocherions qu'une chose peut-être, de ne pas s'être étendu plus longtemps sur ce sujet.

Les auteurs qui ont écrit ensuite ont très-diversement apprécié les mêmes faits. Parmi ceux qui ont suivi Aran, il en est un qui, dans la même voie, s'est encore bien davantage préoccupé de la congestion.

E. N. Chapman, de New-York, dans son livre intitulé *Hysterology*, en est venu à apporter presque tout ce qu'il observait à la congestion, et il en a déduit des conséquences pour la thérapeutique. On trouvera sans doute que ce livre accuse une exagération des conséquences d'une proposition générale, et pourtant cette proposition générale est vraie.

Beaucoup des phénomènes dits inflammatoires de l'utérus sont de véritables phénomènes congestifs. Mais la circulation lymphatique y est entravée comme la circulation sanguine. Dans maintes circonstances, le fait se produit en degrés d'une infinie variété. Ce double appareil de vaisseaux, travaille d'ensemble et s'engorge d'ensemble. On le conçoit en n'oubliant pas que son activité doit être constante, puisque son fonctionnement s'exagère fréquemment. Les phénomènes de retrait de l'utérus, après les règles comme après l'accouchement, n'ont-ils pas pour conséquence l'activité fonctionnelle des vaisseaux sanguins et lymphatiques?

Quand l'utérus vient à subir un trouble important dans son activité, quand il augmente de volume partiellement ou en totalité, accusant des souffrances de tous ordres, on dit que l'organe est enflammé. Et, ce faisant, on assimile l'utérus à d'autres organes autrement disposés pour la circulation où des augmentations de volume rapides, douloureuses, peuvent parcourir toutes les phases de l'inflammation et se terminer par suppuration.

On n'a pu s'empêcher toutefois de remarquer que cette inflammation du tissu utérin était d'une nature bien particulière, et pour se tirer d'embarras on a créé une vaste nomenclature attribuant à des variétés nombreuses les inflammations utérines.

Cela satisfait-il l'esprit du théoricien? je ne le crois pas, et je ne puis que trouver le mot singulièrement détourné de son sens habituel en faveur de l'utérus. Cet organe dit enflammé (inflammation chronique, aiguë ou subaiguë de l'utérus) sera taillé, rogné, tourmenté de mille façons, sans réagir. Les plaintes ne viennent guère de lui, mais de ses voisins du petit bassin, sur lesquels retentiront les effets, les injures du traumatisme.

Peut-on citer un autre point de l'économie où l'inflammation permette d'assister à un spectacle semblable ?

Il y a un terme presque disparu de notre langue pathologique et qui exprimait beaucoup mieux l'état de l'utérus, je veux parler du mot engorgement. Je crois qu'il a disparu à cause des abus thérapeutiques auxquels on s'était livré contre lui, et je voudrais voir revenir ce mot dans la pathologie utérine, non comme indiquant, d'après M. Courty, une sorte d'entité morbide spéciale et peu connue, mais comme s'appliquant à des phénomènes communs.

Engorgement ne doit pas être un mot servant à tous usages, même à expliquer les déplacements ; il ne doit pas davantage servir à masquer les erreurs de diagnostic commises à propos des inflammations péri-utérines, mais il devra caractériser un état de l'utérus qui commence à l'augmentation temporaire du volume du col et du corps pour se terminer à l'augmentation de volume définitive, et aux ulcérations dites inflammatoires. Cet état de l'utérus est la conséquence de troubles divers, d'accidents généraux, d'accidents locaux, de traumatismes directs ou indirects sur le col. Il requiert nécessairement une grande variété de moyens thérapeutiques mais, en aucune circonstance, il ne nous montre dans le parenchyme utérin de véritables désordres inflammatoires.

Cette grande richesse vasculaire veineuse met l'utérus sous la dépendance de bien d'autres organes, et lui permet aussi de faire retentir ses troubles sur bien d'autres organes, mais elle ne suffirait pas à expliquer cette forme si spéciale des troubles dont il est le siège.

Que l'on tienne donc compte de la part prise par le système lymphatique de l'utérus à son développement partiel et total. Qu'on applique le nom d'engorgement à beaucoup des cas dits inflammatoires. Mais, qu'en disant engorgement, on ne sous-entende pas seulement congestion veineuse ; que l'on pense à cette influence des lymphatiques. Pour ma part, je n'hésite pas à attribuer à la présence d'un parenchyme lymphatique ce mode spécial, ces produits de l'engorgement dans l'utérus.

Quant à l'influence du lymphatisme et de la scrofule sur les produits de cet ordre, elle n'est pas à discuter, c'est un phénomène patent ; pour en faire une étude complète, il faudrait aborder le sujet des troubles de l'utérus chez les phthisiques. Je ne m'éloignerai pas tant de mon sujet.

Mais la leucorrhée, mais les engorgements du col, mais certaines

inflammations péri-utérines, nous le verrons, fournissent un large appoint à l'histoire de ces lésions.

Et pour moi, avec ce que je sais de la part des lymphatiques dans le parenchyme utérin, je ne suis pas plus surpris de voir la scrofule grossir le col, l'excorier, engorger l'utérus que je ne suis surpris de la voir engorger les lèvres, les ailes du nez et même les ganglions lymphatiques.

DE LA PELVI-PÉRITONITE ET DES PHLEGMONS PÉRI-UTÉRINS.

L'histoire de ces lésions est inséparable de celle des lymphatiques, et, comme je crois avoir, par mes observations, jeté un certain jour sur des questions encore fort controversées, j'ai réuni dans ce chapitre quelques considérations sur les points les plus difficiles. Tout ce que je dis aujourd'hui se trouve en substance dans mes premières recherches. Ce sont toujours des dissections attentives jointes à des observations cliniques qui m'ont permis d'affirmer. Je pourrais, en outre, passer en revue les publications des auteurs, mais je n'ai pas voulu publier une étude consacrée exclusivement au phlegmon. On peut voir que je ne traite ici que les points suivants : rôle des lymphatiques dans le développement de la péritonite et des phlegmons péri-utérins ; réalité des phlegmons péri-utérins.

Sans faire aucun historique, je dois rappeler que dans un livre justement estimé, M. Bernutz a voulu renverser la doctrine des inflammations celluluses péri-utérines. En deux mots, disons qu'il a cru avoir démontré que dans le voisinage immédiat de l'utérus il n'existe pas de tissu cellulaire qui puisse s'enflammer ; qu'il se produit autour de l'utérus des péritonites partielles ; que les tumeurs que l'on atteint par les culs-de-sac sont dues à l'agglomération des organes par les fausses membranes, ou à l'accumulation de liquide séro-purulent dans des parties de la cavité péritonéale cloisonnée par les fausses membranes.

M. Bernutz n'admet au voisinage de l'utérus que le tissu cellulaire latéral des ligaments larges, pouvant s'enflammer et donner lieu au phlegmon du ligament large.

D'autres auteurs admettent, au contraire, l'existence à la périphérie du col utérin, et, en certains points autour du corps, du tissu cellulaire, qui devient le siège des phlegmons péri-utérins.

Il y a des faits bien réellement acquis par les observations de M. Bernutz, mais nous ne pouvons adopter tout l'exposé de ses doctrines. Il est bien vrai que la pelvi-péritonite est beaucoup plus com-

mune qu'on ne l'a cru autrefois ; il est inexact qu'elle constitue toute la symptomatologie que M. Bernutz lui a attribuée.

Je ne puis admettre le fait anatomique qui a servi de point de départ aux doctrines de M. Bernutz. Il est bien vrai qu'il y a du tissu cellulaire au voisinage du col de l'utérus. On en peut trouver tout autour et jusque sous le péritoine ; le long des faces latérales il y en a beaucoup ; il y en a en avant. Et, ce tissu cellulaire est très-remarquable par une certaine laxité, par une sorte d'état séreux. Le tissu cellulaire de cette nature est précisément celui qui est disposé à l'infiltration, à l'induration ; il devient aisément le lieu de phénomènes congestifs et de phénomènes inflammatoires, qui lui donnent une consistance et un développement énormes. N'est-ce pas là ce que l'on observe pour le prépuce et pour les paupières, où la couche mince de tissu cellulaire présente des dispositions analogues à celles que nous venons de signaler.

Lors du développement de phlegmasie péri-utérine, on trouve les culs-de-sacs douloureux, rénitents, indurés, l'utérus souvent englobé dans une masse solide ; tous les degrés s'observent. Ce ne sont pas des produits péritonéaux qui les fixent, car on observe le fait rapidement à une période où les produits péritonéaux n'existeraient pas encore, même si la péritonite existait. Ce sont des phénomènes plus immédiats et rapides dus au phlegmon, à l'œdème péri-utérin.

Les autopsies tardives de M. Bernutz lui ont permis de constater des tumeurs constituées par des adhérences, donnant au toucher une sensation spéciale, mais ce n'étaient pas les tumeurs péri-utérines du début qu'il a si bien décrites ; elles étaient plus loin du doigt, plus accessibles par la palpation abdominale. Le fait des adhérences péritonéales produisant de ces tumeurs ne laisse pas de doute.

Les tumeurs qui caractérisent la phlegmasie du tissu cellulaire disparaissent en grande partie à l'autopsie, comme disparaît toujours après la mort l'œdème phlegmasique. Cependant, si l'inflammation du tissu cellulaire a été violente, cette disparition n'est pas complète, et on trouve sur les côtés et autour du col ces masses indurées qui ont encore sur le cadavre une consistance très-prononcée. Ces sortes de lésions sont communes au milieu des autres lésions des accidents puerpéraux graves, on les voit aisément sur la table anatomique ; il y a quelques jours à peine j'en faisais la démonstration dans une autopsie.

Au milieu de ces points œdémateux on trouve toujours des lymphas-

tiques enflammés, quelquefois des ganglions; j'y reviendrai tout à l'heure. Je dis donc que ces tumeurs du phlegmon péri-utérin sont constituées par de véritables lymphangites péri-utérines, avec infiltration et induration du tissu cellulaire périphérique. Continuant une comparaison proposée plus haut, j'en donne une idée en rappelant ce que l'on observe au prépuce lorsque, sous une influence quelconque, une lymphangite s'y développe, lorsqu'il y a gonflement et induration du prépuce.

Ces faits paraissent si clairs, et on voit si bien sur le cadavre qu'il semble qu'aucun développement théorique ne puisse tenir contre une observation simple. Le phlegmon du bassin est démontré, sans que l'on ait à nier la péritonite partielle.

Cependant d'excellents observateurs diffèrent d'opinion surtout parce que les choses simples au début se compliquent par la marche des phlegmasies; ultérieurement, il devient fort difficile de voir clair. Un seul témoignage peut guider dans ce dédale, et je m'y suis obstinément attaché, celui de l'étude anatomique. L'extrême variété des désordres fournis par les accidents puerpéraux graves permet de retrouver la filiation des accidents péri-utérins. On y retrouve à tous les degrés les accidents possibles, on les trouve souvent tous confondus. Ces accidents tantôt séparés, tantôt simultanés, sont toujours parents.

Ce sont surtout les modifications de la symptomatologie, et les différences que l'on a cru remarquer dans l'étiologie qui ont donné les éléments de la distinction. Les différences des symptômes ne me paraissent pas si grandes, et l'étiologie me semble commune. Je ne puis croire aux étiologies admises, et j'en rappellerai deux principales.

Une cause, par exemple, ne pourrait engendrer que la péritonite. De l'utérus passerait dans le péritoine par la trompe, l'inflammation ou même des matières septiques. Voie presque impossible; mécanisme dont on ne pourrait donner la preuve anatomique. Pour ma part, je n'ai jamais observé que des faits négatifs de ce mode étiologique.

Le mécanisme du phlegmon du tissu cellulaire ne pourrait être le même. Celui-ci se prend parce que la phlegmasie utérine *se propage* des parois de l'utérus. Il est vrai que, en ces cas, cette inflammation du muscle utérin n'a jamais été observée, même lors de la mort après cautérisation au fer rouge. Il est vrai aussi que quelques auteurs se contentent de dire que le tissu cellulaire se prend par sympathie.

Non. Si nous observons sous l'influence d'une même cause, de l'accouchement, du traumatisme, de l'avortement, des plaies du col. tan-

tôt l'inflammation du péritoine pelvien, tantôt celle du tissu cellulaire, c'est que la voie de propagation est la même; cela nous explique encore pourquoi fréquemment le développement de ces inflammations est simultané. Nous dirons plus; il est rare que l'isolement de ces inflammations soit absolument complet. Toutes les variétés peuvent être observées lors des accidents puerpéraux mortels aigus ou subaigus, et on peut suivre les vaisseaux lymphatiques purulents de l'utérus au péritoine enflammé, ou de l'utérus au tissu cellulaire enflammé.

Le péritoine peut se prendre seul, surtout si la péritonite s'est propagée avec violence.

Le tissu cellulaire peut se prendre seul soit auprès du col, soit dans le ligament large, soit dans la fosse iliaque.

Quand le péritoine et le tissu cellulaire sont pris simultanément, il arrive, qu'après résolution dans le tissu cellulaire, les adhérences, les cicatrices du péritoine persistent seules.

L'inflammation ayant débuté simultanément dans les deux ordres de tissus prend plus d'intensité sur le péritoine, et les symptômes du côté du tissu cellulaire s'atténuent. L'inflammation péritonéale marche, elle peut se généraliser, elle peut se limiter au petit bassin, elle peut probablement être passagère et très-limitée. Lorsque la maladie est au déclin, il ne reste aucune trace de la phlegmasie cellulaire, mais le péritoine garde ses cicatrices, des adhérences fixent l'utérus, les annexes aux parois du bassin; quelquefois des collections séro-purulentes se forment dans le petit bassin et peuvent ultérieurement se frayer une voie au dehors; mais ces cas sont certainement rares et à la fin de la maladie, les adhérences, l'immobilité des annexes, constituent des tumeurs, des brides bien différentes de ce qu'on a observé dès les premiers jours du développement de la maladie.

Dans d'autres cas, la phlegmasie du tissu cellulaire domine; l'empâtement des culs-de-sac s'étend, entoure plus ou moins l'utérus, celui-ci se fixe sur un côté ou tout au pourtour du bassin. Simultanément il peut exister une péritonite légère ne devant laisser que peu de trace, il peut même y avoir absence de péritonite. Les traces péritonéales du mal seront donc très-légères.

Il peut arriver que le phlegmon subisse une résolution, très-lente d'ordinaire, et l'empâtement péri-utérin subsiste pendant une longue période. Il peut subsister longtemps et devenir le point de départ de récidives.

D'autres fois le phlegmon suppure, les points indurés se ramol-

lissent, le pus se fraye une voie et pénètre dans le vagin, la vessie, le rectum, il remonte quelquefois pour venir se faire jour au pli de l'aîne.

M. Bernutz restreint les faits de cette espèce à la phlegmasie isolée du ligament large; nous ne pouvons accepter cette limitation. Les abcès se peuvent former en tous points où se trouve le tissu cellulaire que nous avons admis, à la face postérieure de la vessie, sur les côtés de l'utérus, vers le rectum; ils se développent partout sur le passage des lymphatiques, et comme ceux-ci dépassent la région de l'utérus, ils peuvent se propager plus loin, ou se développer isolément plus loin dans la fosse iliaque, sur le psoas et jusque dans la région du rein.

Dans tous ces cas, il peut y avoir de la péritonite, mais son importance s'efface devant la gravité et l'étendue des lésions cellulaires qui causeront les désordres. Qui ne connaît ces abcès suites de couches s'ouvrant dans l'intestin, à la paroi abdominale, donnant des fistules stercorales interminables. J'ai vu un abcès parti de l'utérus s'ouvrir dans la région lombaire, et faire penser à un abcès par congestion.

Tous ces faits peuvent être vus par qui dissèque avec soin, pendant une longue période, les femmes qui ont succombé aux accidents puerpéraux, où nous voyons une lésion de l'utérus, des vaisseaux qui s'enflamment ou charrient des matières septiques. A ces preuves viennent s'ajouter des faits cliniques qui ont frappé les observateurs depuis longtemps. On en pourrait citer beaucoup. Qu'il me suffise de rappeler qu'un des plus autorisés, M. Matthiew Duncan a longuement insisté sur ce fait que les lésions de l'utérus deviennent le point de départ de la périmétrite ou de la paramétrite, de la péritonite ou de la cellulite, et qu'il reconnaît dans les lésions utérines les causes habituelles des phlegmons du ligament large, iliaque, et même de certains abcès au devant du rein. Nous pourrions ajouter que la théorie de propagation par les lymphatiques lui paraît aujourd'hui la plus juste.

Les faits cliniques sont si frappants, que d'autres observateurs, tout en n'ayant point de notions précises sur les lymphatiques, ont pu annoncer que les déchirures du col pouvaient, par l'intermédiaire des vaisseaux, enflammer le ligament large; tel est M. N. Gueneau de Mussy, qui explique ainsi la fréquence plus grande des phlegmons du ligament large à gauche, parce que les déchirures du col sont plus communes à gauche.

Il est habituel, en effet, que les lésions utérines enflamment le côté

correspondant du bassin, mais de nombreuses exceptions apparentes et réelles doivent être observées et je l'ai déjà fait pressentir, en rappelant la fréquence des lésions utérines à gauche et la prédominance des lésions péritonéales et cellulaires de ce côté. J'ai même cherché à montrer qu'il y avait encore là une coïncidence intéressante avec la fréquence des positions occipito-gauche. Mais il suffit de savoir que les lésions primitives occupent tantôt le corps, tantôt le col, et que les lésions doubles sont communes pour comprendre combien les exceptions doivent être nombreuses.

D'après la disposition des vaisseaux, il est probable que les lymphatiques du col engendrent plus facilement la cellulite, ceux du corps plus facilement la péritonite. Les communications de ces vaisseaux sont si larges et si faciles que l'on conçoit ou la succession ou la simultanéité des lésions engendrées.

En dehors de l'état puerpéral, les conditions de formation des phlegmasies péri-utérines sont modifiées mais reposent sur les mêmes bases. Les dispositions anatomiques des vaisseaux du système utérin dominant toujours la pathogénie. Nous voyons sans étonnement les maladies ou les irritations du col et du corps de l'utérus engendrer la péritonite ou les abcès pelviens. Il n'y a plus ni à prouver l'existence des lymphatiques, ni à démontrer l'enchaînement des phénomènes.

Quant à la symptomatologie, il est évident qu'il y a des différences notables entre une cellulite éloignée de l'utérus, et une péritonite. Les distinctions établies par M. Bernutz reposent sur des observations cliniques exactes; la marche d'une phlegmasie suppurative du tissu cellulaire diffère d'une inflammation qui ne laissera que des traces péritonéales, mais les lésions les plus communes sont les cellulopéritonites qui ne se terminent pas par suppuration.

Il est bon de connaître tous les détails de la symptomatologie et du pronostic, mais il ne paraît pas juste de différencier une même lésion à deux degrés différents d'évolution et d'extension. C'est pourquoi, tout en reconnaissant que M. Bernutz a eu grande raison d'attirer l'attention sur les lésions du péritoine pelvien, d'insister sur la marche des phlegmasies suppuratives du tissu cellulaire, de tracer des règles très-importantes pour la thérapeutique, je ne puis admettre toutes ses distinctions et surtout l'interprétation de quelques symptômes.

ADÉNITES PÉRI-UTÉRINES.

En décrivant les lymphatiques de l'utérus, j'avais appelé l'attention

sur des ganglions péri-utérins, et j'en avais fait dessiner un observé par moi plusieurs fois au côté du col, au-dessus et en arrière du cul-de-sac vaginal latéral. Ce point était extrêmement riche en vaisseaux lymphatiques. Je dus penser dès lors que dans le même point, en outre des inflammations diffuses périlymphatiques, j'observerais aussi des inflammations localisées ganglionnaires et périganglionnaires, de véritables adénites dans les points sus-indiqués; les conditions de développement de ces adénites devaient être analogues à celles observées pour d'autres points de l'économie.

A plusieurs reprises, en examinant des femmes souffrant d'affections utérines diverses, je rencontrai, au-dessus du cul-de-sac latéral et en arrière, de petites tumeurs de volume variable, peu mobiles, douloureuses, dures.

Les médecins qui en constataient la présence croyaient trouver là de petits fibromes, ou, d'autres fois, disaient toucher l'ovaire enflammé. Ces fibromes, qui siégeaient toujours au même point, n'étaient pas toujours durs; ils étaient douloureux à la pression, et la malade ne présentait aucun des symptômes des fibromes.

Pour l'ovaire, il est infiniment plus difficile à atteindre que les tumeurs situées derrière le cul-de-sac, et quelques-unes de celles-ci n'avaient guère que le volume d'une bille.

Chez certaines femmes, j'avais pu sentir, au niveau du détroit supérieur, d'autres tumeurs saillantes et douloureuses.

Les femmes qui présentaient ces signes avaient souvent des ulcérations cervicales, étaient en outre scrofuleuses, ou même phthisiques.

Toutes ces circonstances m'autorisaient à penser que le col ou le corps riche en régions lymphatiques, étaient, chez des femmes lymphatiques ou scrofuleuses, le point de départ de retentissements ganglionnaires qui siégeaient au voisinage du col, dans le ligament large, au milieu du détroit supérieur, ou même plus haut.

Je n'avais pu suivre une observation de ce genre pour m'édifier complètement, lorsque M. Siredey, qui, depuis plusieurs années, a adopté, puis développé les théories relatives au rôle des lymphatiques utérins, me fit connaître un cas des plus remarquables.

Mademoiselle M..., âgée de 23 ans, grande fille, forte en apparence, mais réellement scrofuleuse (cicatrices au cou, sur les jambes, au pli de l'aîne), donne les renseignements suivants :

Règles régulières depuis l'âge de 12 ans. Premiers rapports sexuels à 16 ans; pas de grossesse; pas d'excès vénériens.

6 décembre 1873. Douleurs vives dans le ventre avec fièvre, sans nausées ni vomissements. Impossibilité de marcher sans douleur.

On constate, dès cette époque, la présence d'une tumeur dans le ligament large du côté droit, et le médecin qui la soigne l'envoie, pour ce fait, à M. Siredey.

14 avril 1874. La malade dit ne plus souffrir; elle peut marcher, se tenir debout, la plus grande partie de la journée, sans fatigue.

Elle a de la leucorrhée. Col petit, vierge. Tumeur arrondie du volume d'une orange mandarine, sensible au toucher, à la base du ligament large droit, sans battements ni élancements.

On l'atteint par la palpation abdominale. L'utérus est peu mobile et légèrement refoulé à gauche. La tumeur ne fait pas de saillie dans le rectum.

Le 21 mai, l'amélioration est grande, la tumeur réduite au volume d'un œuf n'est plus douloureuse.

10 octobre. A la suite de grandes fatigues, les douleurs sont revenues dans le ventre; il y a eu écoulement fort abondant. La marche est pénible. La tumeur a repris le volume d'une orange, s'étend en arrière de l'utérus, est très-douloureuse. Elle est dure, non fluctuante, refoulant à gauche le corps de l'utérus.

Des douleurs se manifestent sur le trajet du sciatique droit.

27 décembre 1874. La malade est beaucoup mieux, elle a eu un écoulement vaginal très-abondant. Au toucher on trouve la tumeur désignée plus haut persistante, mais moins volumineuse et douloureuse. Il y a une certaine douleur lorsque par le rectum on presse sur cette tumeur.

Jusqu'au 4 juin 1875, M. Siredey revoit souvent la malade. Durant six mois elle rend fréquemment du pus par le rectum en allant à la garde-robe. Souvent l'évacuation du pus est précédée de douleurs qui diminuent après l'écoulement. Il est manifeste que la tumeur s'est un peu étendue en arrière de l'utérus. Elle varie, suivant les jours d'observation, du volume d'un œuf à celui d'une orange. Depuis trois mois on peut constater une bride ou cylindre dur, du volume du petit doigt, dans le cul-de-sac postérieur dans la paroi recto-vaginale. Cette trainée qui se dirige vers le rectum paraît bien être le lieu d'une fistule. La tumeur est dure.

Le traitement, depuis le début, a consisté surtout en toniques, huile de foie de morue, quinquina, iodure de fer, etc.

La simple description de cette tumeur, montre combien il est légi-

time de supposer là une tumeur ganglionnaire. J'eus bientôt l'occasion d'observer un fait plus remarquable encore. Au mois d'août de l'année 1874, je trouvai chez une femme une tumeur aussi analogue, mais plus circonscrite encore et je fis entrer la malade à l'hôpital de la Maternité où j'étais chargé du service chirurgical.

Une femme H..., de 20 ans, pâle, amaigrie, entra le 2 septembre 1874. Cette femme avait eu des hémoptysies, des sueurs nocturnes, de la fièvre; le soir, on constatait de l'expiration prolongée au sommet droit, soit dans une grande étendue. Mal réglée dans l'enfance depuis l'âge de 11 ans. Premier accouchement régulier, septembre 1872, dernier accouchement, mai 1874. Un mois après cette couche, douleurs abdominales, avec irradiation dans les hanches et la cuisse droite. Elle a perdu irrégulièrement du sang depuis cette époque.

L'abdomen est de volume normal, les parois sont flasques; la pression à droite, au niveau du détroit supérieur, est douloureuse; on sent en arrière une petite tumeur dure et sensible à la pression.

Le toucher montre le col entr'ouvert, rugueux, déchiré et ulcéré à droite, le cul-de-sac gauche est libre, le droit est effacé, rénitent, quelques vaisseaux battent sous le doigt.

En arrière du col et à droite, noyau bien arrondi, du volume d'une très grosse noisette, dur et très-douloureux à la pression.

Au spéculum, ulcération des deux lèvres; plus profonde à droite. Cette femme est traitée par l'application de vésicatoires répétés sur l'abdomen, de tampons au glycérolé de tannin dans le vagin.

Elle sort sur sa demande le 21 septembre. La tumeur n'est pas diminuée, mais l'ulcération du col est presque cicatrisée, et la sensibilité et les douleurs ont disparu.

Quinze jours après elle vient me redemander un lit à l'hôpital Necker. Elle s'est beaucoup fatiguée, le col est ulcéré de nouveau, la tumeur est beaucoup plus grosse, du volume d'un petit œuf.

Elle est plus molle; on dirait qu'elle marche vers la suppuration, et les douleurs spontanées et provoquées sont très-vives. On sent toujours au niveau du détroit supérieur une tumeur moins grosse sur laquelle le doigt roule; elle est sensible.

Même traitement.

Deux mois de repos dans le service amènent du calme dans les phénomènes douloureux.

Je n'ai pas revu la malade à la sortie, mais je viens de la retrouver ces jours derniers (15 juin 1875). Après trois mois de santé passable,

elle a recommencé à souffrir du ventre. Le toucher montre encore une tumeur bien circonscrite, mais aussi volumineuse qu'un œuf, accolée à l'utérus, très-douloureuse à la pression, le col est ulcéré. L'amalgrissement de la malade a fait des progrès. Au niveau du détroit supérieur, il n'existe plus de tumeur.

Cette fois, j'ai pu observer bien nettement le début d'une tumeur qui, circonscrite, ne paraissait pas avoir plus du volume d'une noisette, puis, progressivement, cette tumeur a grossi, et, lorsque je vis la malade à l'hôpital Necker, elle avait le volume d'un petit œuf et tendait à se ramollir. Rien qu'à cause du siège, on est en droit de supposer l'existence d'une adénite; mais il y avait en outre, chez cette femme, une tumeur douloureuse au niveau du détroit supérieur, peu volumineuse, arrondie, distincte de la précédente, et dont la persistance fut notée à de longs intervalles. Il y avait eu ulcération du col utérin, surtout du côté droit.

La marche de cette tumeur et son siège ayant été bien caractéristiques, je me crois en droit de supposer ici une adénite chronique avec poussées inflammatoires périphériques. Au début, les ganglions plus élevés ont été pris, aujourd'hui, on ne retrouve que ceux qui sont accolés à l'utérus.

A plusieurs reprises j'ai montré cette malade, et les phénomènes que j'indique ont frappé tous les observateurs.

J'ai cité ces deux cas, parce qu'ils me paraissent typiques. Dans le second surtout, toute l'évolution du mal a été suivie. Si l'on admet dans cette région la présence des ganglions, on admettra nécessairement la production d'une adénite. Je ne sais pas, en vérité, quelle tumeur présenterait les phénomènes observés.

Je pense donc que chaque fois que, aux points indiqués, on verra se développer une tumeur limitée, à marche chronique ou subaiguë, accessible surtout par le toucher vaginal, on sera en droit de supposer le développement d'un ganglion péri-utérin, les lésions du col et du corps de l'utérus en étant le point de départ. Cette inflammation pourra, du reste, sommeiller, puis se réveiller, comme on le voit fréquemment pour les inflammations ganglionnaires.

Ces cas doivent être rapprochés d'autres où l'inflammation périganglionnaire et perilymphatique prenant une forme plus aiguë et plus extensive, amène, dans des conditions analogues, des abcès du ligament large, abcès iliaques.

Je ne peux encore apporter toutes les preuves nécroscopiques à

l'appui, mais je puis arguer de l'état des ganglions dans certaines autopsies, les ganglions étant très-développés au milieu des phlegmons. M. Siredey a vu tout récemment, à l'autopsie d'une personne cautérisée pour un cancroïde du col, un phlegmon du ligament large contenant un ganglion très-volumineux et enflammé.

Je suis convaincu qu'il aura suffi de signaler la possibilité de ces productions ganglionnaires et périganglionnaires, pour qu'il soit facile à chaque observateur d'en reconnaître de nombreux exemples.

LEÇONS SUR L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

SES CAUSES, SA NATURE ET SON TRAITEMENT

— SUITE ET FIN. —

Par le D^r M. Peter, médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Pour justifier ma doctrine de la *pléthore quantitative* chez la femme grosse et des résultats de cette pléthore agissant sur le rein en particulier pour y produire la sérumurie avec ses conséquences possibles, l'urinémie et l'éclampsie, c'est-à-dire la typhisation urinémiqne, j'ai invoqué, dans des leçons précédentes, l'opinion traditionnelle des anciens accoucheurs quant à la pléthore générale; les analogies morbides (quant à la pléthore rénale) de la pléthore pulmonaire et hépatique; les raisons anatomiques, quant à l'état du cœur et des vaisseaux du système utérin; et les raisons physiologiques, quant à la nécessité d'une plus grande masse de sang pour la nutrition du fœtus.

Mais il s'en faut bien que j'aie épuisé la série de mes arguments: des savants contemporains m'en fournissent d'autres à l'envi, et des plus concordants.

Le D^r A. Mohamed, médecin résidant à l'hôpital des fiévreux de Londres, dans des études sur l'*Étiologie de la maladie de Bright*, a constaté que « l'éclampsie puerpérale et l'albuminurie ont une cause prédisposante dans la HAUTE TENSION qui existe dans le SYSTÈME ARTÉRIEL pendant la grossesse. » De cette augmentation de tension résulte « la TRANSSUDATION au travers du rein des principes cristallisables du sang (conditions qui constituent ce qu'il appelle la *période préalbuminurique* et « sont facilement remédiables, » dit-il), — puis surviennent l'*albuminurie*, suivie d'hydropisie et des symptômes habituels de la maladie de Bright; l'altération des reins et des autres organes excré-

loires; produite par une *congestion* et une FORTE TENSION ARTÉRIELLE, d'abord *aiguës*, puis *chroniques*; ces altérations sont la desquamation et l'oblitération des tubuli, la dégénérescence graisseuse, la régression et la rétraction » (1).

Ainsi, M. Mohamed a constaté les deux choses que je vous ai dites exister dans la grossesse, la plus grande tension artérielle et la *transsudation* du sang à travers le rein. La plus grande tension artérielle lui a été révélée par le sphygmographe; la transsudation à travers le rein, en premier lieu, des principes cristallisables du sang, il l'a découverte à l'aide de la teinture de gaïac, qui donne alors, versée délicatement dans l'urine, une teinte bleue caractéristique; et cela lorsqu'on ne peut encore découvrir, soit par le microscope, soit par le spectroscopie, soit par l'acide nitrique, ni albumine, ni globules sanguins.

Eh bien, ce que M. Mohamed a reconnu et signalé pour la totalité du système artériel de la femme grosse, l'augmentation de tension, la pléthore vasculaire, M. Galezowski l'a indirectement constaté sur une portion limitée du système artériel, celle du globe oculaire. Cet habile ophthalmologue a vu, chez la femme grosse, et sous l'influence de causes qui, en d'autres conditions physiologiques, n'eussent pas eu de tels résultats, a vu, dis-je, survenir le *glaucome hémorrhagique* et les *anévrismes miliaires*. Or, ce qui prouve bien le rôle étiologique de la grande tension vasculaire, c'est-à-dire du *trop-de-sang* dans l'œil de la femme grosse, c'est que le glaucome ne guérissait, malgré le traitement le plus rationnel, qu'*après l'accouchement*, c'est-à-dire qu'*après la décongestion* générale de la femme et la décongestion partielle de son œil.

Les faits si intéressants de M. Galezowski, et les réflexions dont il les accompagne, prouvent trop en faveur de la thèse que je soutiens, pour que je ne vous les cite pas sommairement.

Quant au rôle de la grossesse sur la production de ces accidents, M. Galezowski n'en doute guère : « Sous l'influence d'une cause prédisposante générale, telle que la *gestation* ou de toute autre nature, dit-il, j'ai vu se produire des symptômes glaucomateux des plus graves, avec des apoplexies de la chambre antérieure et du corps vitré, qui ne cédèrent définitivement qu'*après l'accouchement*. »

(1) *Actes de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres*, séance du 14 avril 1874.

Voici d'ailleurs ces faits :

Dans un premier cas, M. Galezowski cite le fait d'une jeune femme de 24 ans, qui, au cinquième mois de sa grossesse, avait reçu le 5 février un coup de parapluie sur l'œil gauche. Le même jour, l'œil se trouble, mais à la suite d'un bain de pieds sinapisé cet accident disparaît. Huit jours après, l'œil se trouble de nouveau, et de fortes douleurs de tête se font sentir.

Vingt jours après l'accident, M. Galezowski constate les symptômes suivants : œil dur, et présentant tous les signes du glaucome. Injection périkeratique et scléroticale par suite de l'engorgement des gros vaisseaux ; pupille dilatée et immobile ; hyphéma très-prononcé et trouble dans le corps vitré ; douleurs névralgiques péri-orbitaires des plus violentes, périodiques ; vue très-troublée ; la malade peut à peine distinguer avec le n° 7.

M. Galezowski prescrit l'application de quatre sangsues derrière l'oreille, lesquelles produisent du soulagement. Huit jours plus tard, de nouvelles douleurs nécessitent une nouvelle application de sangsues.

Un mois après, vers le milieu de mars, non-seulement l'hyphéma n'a pas diminué, mais toute la chambre antérieure est remplie de sang. M. Galezowski pratique alors la paracentèse et évacue une partie du sang et de l'humeur aqueuse. Soulagement immédiat ; mais vers la fin de la même semaine, les accidents se renouvellent avec une excessive violence, et un nouvel épanchement se forme. Nouvelle paracentèse. Et c'est ainsi qu'à, dans l'espace de trois semaines, M. Galezowski pratique quatre fois cette opération. La pommade de morphine ne calmait pas les douleurs, et il n'y avait que les compresses avec extrait de jusquiame et d'opium qui pussent amener un soulagement rapide.

Au commencement du mois de mai, la malade distinguait à peine de cet œil le jour de la nuit, et on constatait tous les signes du glaucome. C'est alors que M. Galezowski déclara qu'on pouvait espérer une *amélioration après les couches*. En effet, la malade accouche le 10 juin ; or, à partir de ce moment, l'état de l'œil s'améliore sensiblement. Tout le sang se résorbe, et vers le 10 août on trouvait l'iris plus foncé et la pupille dilatée ; l'œil encore un peu dur ; la chambre antérieure *transparente*, bien qu'il existât à la partie inférieure une goutte de sang coagulé. La malade ne distinguait pas les couleurs, sinon en bas, par la périphérie. A l'intérieur de l'œil, on voyait des

flocons analogues à des membranes blanchessimulant un décollement. La pupille était plus blanche que du côté sain. La malade ne voyait pas au point où elle avait reçu le coup. Le retour des couches n'ayant pas encore eu lieu, M. Galezowski pensait que l'amélioration serait plus grande encore à ce moment. En effet, le 15 novembre, l'œil est guéri, la malade distingue le n° 2 de l'échelle.

« Ce fait, dit M. Galezowski, nous semble présenter un très-grand intérêt pratique au point de vue de la marche des accidents et de la guérison que nous avons vus se produire *très-rapidement après l'accouchement*.

« Au premier abord il semblait que l'accident qui était survenu chez cette malade était dû au coup de parapluie, et nullement à la grossesse. Mais un examen plus attentif démontra facilement que la cause de la maladie était ailleurs et que le coup n'était qu'une cause occasionnelle, tandis que la maladie devint progressive, avec tous les symptômes graves du glaucome aigu hémorrhagique, *qui ne cessèrent qu'avec l'accouchement*. Il y a eu là probablement rupture d'un vaisseau du cercle ciliaire, qui ne se cicatrisa qu'incomplètement; de nouveaux épanchements se produisirent par suite de la rupture de la nouvelle poche anévrysmale; *il n'y a que l'accouchement qui l'a guérie*, en faisant cesser l'état particulier propre à la grossesse. » Mais quelle importance faut-il donner à l'accident et au coup reçu par la malade? — « Il est incontestable, ajoute encore M. Galezowski, qu'à lui seul, le coup reçu sur l'œil n'aurait pas amené des symptômes glaucomateux aussi intenses et se prolongeant jusqu'à l'accouchement, si la grossesse n'avait pas *prédisposé* à ces accidents hémorrhagiques. »

Chez une autre femme, M. Galezowski a eu l'occasion d'observer des *anévrysmes miliaires* de la rétine survenus, comme le glaucome hémorrhagique, pendant la grossesse, et, comme lui, à la suite d'un coup.

Mais il n'y a pas le moindre doute, dit M. Galezowski, que, dans les conditions ordinaires (c'est-à-dire en dehors de l'état de grossesse), le coup n'aurait pas produit de pareils désordres; tout au plus aurait-on vu des hémorrhagies sur la rétine ou la choroïde, des flocons du corps vitré, des accidents du côté de l'iris et du cristallin. Ici on trouve, il est vrai, les traces de la déchirure sur la rétine, mais au bout de deux mois la physionomie de la maladie change, et c'est à ce moment

seulement que M. Galezowski peut apercevoir des anévrysmes miliaires très-nombreux (1).

Je n'hésite pas, pour ma part, à rapporter à ce même état de pléthore vasculaire de l'œil certains autres accidents fonctionnels éprouvés par les femmes grosses. Ainsi le *scotome central* signalé par le D^r Galezowski : « La malade voit apparaître tout à coup une tache plus ou moins large, tout à fait opaque, sur le point de fixation, et tous les objets lui paraissent voilés, foncés ou même invisibles. » Ces scotomes durent ordinairement assez longtemps, souvent deux ou trois semaines, et même pendant une certaine partie de la grossesse.

D'autres fois c'est de l'*amblyopie* ou une *amaurose complète*, signalée par Desmarres et Galezowski, et qui peut durer plus ou moins longtemps.

Voici maintenant, pour ma doctrine de la *sérumurie*, la justification physiologique.

Suivant Küss, le glomérule du rein laisse passer dans le tube urinaire, non de l'eau pure, mais le *sérum* du sang, par un simple phénomène de filtration due à la pression considérable du sang dans ce glomérule. Mais le sérum du sang ne diffère de l'urine que par de l'*albumine en plus* ; le sérum filtré par le glomérule ne peut donc devenir de l'urine que par la résorption de l'albumine : c'est là le rôle des tubes urinaires. Dans leurs circonvolutions nombreuses, qui multiplient les contacts, leur épithélium, qui est clair et transparent, et non granuleux comme celui des culs-de-sac sécréteurs des glandes, résorbe l'albumine. Et alors le liquide qui sort de ce tube est définitivement du sérum du sang *moins de l'albumine*, c'est-à-dire l'urine telle que nous la connaissons.

A l'appui, Küss fait voir que la pression vasculaire est au maximum dans le glomérule du rein, tandis qu'elle est au minimum dans les tubes urinaires ; que la première condition favorise la filtration pure et simple du sérum du sang (comme on le voit quand une ligature, interrompant la circulation veineuse, augmente la pression dans les capillaires et fait filtrer à travers leurs parois le sérum avec tous ses principes : eau, sels, albumine, etc.) ; tandis que la seconde condition (pression minima) favorise au contraire l'absorption. La preuve de la filtration du sérum du glomérule dans le tube urinaire se trouve dans

(1) M. Galezowski, *Recueil d'ophtalmologie*, numéro de juillet 1871, *Sur les altérations oculaires des femmes enceintes*, p. 365.

ce fait pathologique, à savoir que, lorsqu'un tube urinifère est obli-téré, la partie restée perméable se dilate et se transforme en kyste, dont le contenu est un liquide « identique au sérum du sang. »

La preuve de la résorption de l'albumine par l'épithélium des tubes urinifères se tire de la présence même de cette albumine dans l'urine, au cas où l'épithélium est malade ou détruit, c'est-à-dire au cas où, nécessairement, il cesse de fonctionner. « Les auteurs, dit Küss, qui font jouer à cet épithélium un rôle de sécrétion, par lequel la paroi du tube ajouterait à l'eau filtrée les principes constituants de l'urine, se voient en face d'une singulière contradiction, quand ils veulent expliquer la pathogénie de l'albuminurie, car il résulterait de leur manière de voir que, quand cet épithélium est malade, il sécréterait non-seulement les matériaux solides qui d'ordinaire entrent dans la constitution de l'urine, mais encore un nouvel élément, l'albumine; ainsi, exemple unique dans l'économie, cet épithélium à l'état pathologique *fonctionnerait plus activement* qu'à l'état normal, tout en livrant tous les éléments qu'il livre à l'état normal (1).

C'a toujours été là mon argument principal, et, j'ose le dire, triomphant contre les doctrines actuellement plus ou moins classiques de l'albuminurie! Comment, leur objectais-je, la désorganisation du rein aurait pour effet de le pourvoir d'une nouvelle et mystérieuse fonction: par une sorte de *folie sécrétoire*, il choisirait dans le sérum du sang la partie précisément la moins exosmotique, l'albumine, et refuserait le passage à ce qui est le plus exosmotique, l'urée et les sels!

Ainsi, suivant Küss, que l'épithélium des canalicules urinifères cesse de fonctionner ou fonctionne insuffisamment, et l'individu, au lieu de pisser de l'urine, *pisse du sérum*; ce qui est absolument d'accord avec ma théorie. Maintenant, d'après ces mêmes vues physiologiques de Küss, la sérumurie de la femme grosse se comprendrait de la façon suivante: pression vasculaire excessive du glomérule, filtration *du sérum* devenue alors si considérable que l'épithélium des canalicules est incapable de résorber la totalité de l'albumine de ce sérum; en conséquence, arrivée définitive dans les bassinets, d'une part, d'une urine normale, plus, d'autre part, de cette portion du sérum dont l'albumine n'a pas été résorbée (2).

(1) Küss, *Cours de physiologie*, 1872. p. 490.

(2) Dans ces leçons sur l'éclampsie puerpérale, je n'ai fait qu'appliquer à un cas particulier, l'état de grossesse et ses déviations morbides possibles.

S'il fallait, par surcroît, ajouter quelque chose encore à l'appui de la doctrine que je vous expose, il suffirait de faire ressortir l'embarras des auteurs qui soutiennent l'opinion adverse. Par exemple, ceux qui attribuent l'éclampsie puerpérale à la gêne circulatoire du rein résultant de la compression des veines rénales par l'utérus gravide sont fort empêchés pour expliquer l'éclampsie des premiers mois de la grossesse, alors que la matrice n'a pas encore dépassé la ceinture pelvienne. Contraints par l'évidence à abandonner pour ces faits la théorie mécanique, ils invoquent alors je ne sais quelle *dyscrasie* du sang.

De sorte que voilà, de compte fait, deux explications pour une, à propos du même accident morbide et à l'occasion du même état physiologique. Ce qui rend au moins douteuse la valeur de chacune d'elles et suffirait même pour faire rejeter l'une ou l'autre, si non l'une et l'autre; car, en vérité, il est difficile d'admettre que l'infortunée femme enceinte soit ainsi poursuivie de mois en mois par l'éclampsie, armée d'abord de la dyscrasie, plus tard de la compression veineuse. Ce serait par trop d'inclémence à la nature que de vouloir aussi impitoyablement la mort de qui précisément s'occupe à propager la vie!

D'ailleurs, *dyscrasie* est bientôt dit, et peut satisfaire les gens d'humeur facile ou passionnés du grec. Mais encore faudrait-il s'entendre: que peut, dans l'espèce, être cette dyscrasie? « Rien de plus simple au monde; une dyscrasie produite par le *trouble prolongé des fonctions*

mes doctrines sur la *sérumurie* (et non l'albuminurie), le *typhus urinémiq*ue (et non l'urémie), enfin l'éclampsie (qui n'est qu'un mode particulier de la typhysation urinémiq)ue).

Ces doctrines, je les ai professées dès 1869, à l'hôpital de la Pitié, puis en 1871 et 1872, à l'hôpital de la Charité, dans une suite de leçons sur la *sérumurie* et l'*urinémie*. C'est plus tard, en 1873, que j'ai trouvé dans le livre de physiologie de Küss, publiée par Math. Duval, la confirmation de mes vues sur la sécrétion de l'urine; et en 1874 j'ai eu le bonheur de voir, dans les recherches expérimentales de F.-A. Mohamed, la démonstration de mes doctrines sur la pathogénie de la *sérumurie* dans les cas aigus, et, particulièrement, dans la convalescence de la scarlatine ainsi que dans l'état de grossesse.

Je mentionne ces détails, d'abord pour montrer que je ne suis pas seul à voir autrement que les classiques contemporains; ensuite que je n'ai emprunté à personne ma façon d'interpréter les faits, puisque j'ai, au contraire, précédé dans cette voie les physiologistes et les expérimentateurs. Ceci soit moins pour ma glorification que pour celle de la clinique proprement dite.

digestives ! » Je le veux bien ; mais alors que de choses vous avez à prouver !

1° Prouver que les femmes grosses qui pissent de l'albumine et deviennent éclamptiques ont eu précisément « ce trouble prolongé des fonctions digestives ; »

2° Réciproquement prouver que celles qui ont eu des vomissements incoercibles ont une fuite d'albumine par le rein et deviennent éclamptiques. — Or c'est ce qui n'est pas.

Maintenant, après avoir démontré (ce qu'on ne peut faire) la réalité des troubles digestifs préalables et générateurs de la dyscrasie, il faudrait entrer plus avant dans l'étude intime du phénomène dyscrasique. Or, dans l'hypothèse, une femme qui vomit tout, ou qui ne digère que mal ou point, doit faire nécessairement peu d'albumine, ou n'en faire que de mauvaise qualité.

Si elle en fait peu, la dyscrasie en question serait de l'*hypoalbuminose* ; et comment comprendre alors que la femme pisse l'albumine de son sang, précisément parce qu'il y en a moins dans ce liquide ? Que si, tout incompréhensible qu'elle soit, la chose avait lieu de la sorte, ce serait la réfutation de la théorie de l'albuminurie par *hyperalbuminose*. Car enfin, si bon caractère qu'on ait, on ne peut admettre successivement que l'on puisse ainsi pisser son albumine parce qu'on en a *trop peu*, et la pisser encore parce qu'on en a *trop* !

D'autre part, si la femme fait de la mauvaise albumine, de l'albumine caséiforme, il faudrait faire voir comment le passage de cette albumine à travers le rein sain entraîne l'altération de celui-ci et produit la lésion brightique ; ce qui reviendrait à prouver que l'effet produit la cause.

Enfin, on a dit aussi, à bout de raisons, que l'éclampsie des premiers mois de la grossesse pourrait bien tenir à une maladie des reins primitive ou *indirectement* (?) *produite* par la grossesse. En effet, tout peut arriver ; mais on conviendra que ce sont là d'étranges explications.

Je sais bien qu'on a dit encore — que n'a-t-on pas dit ? — que l'*hydrémie* rendait l'albumine du sang plus dialysable, et par suite plus susceptible de filtrer à travers le rein ; d'où l'albuminurie. On méconnaît alors une objection bien simple et néanmoins bien puissante : c'est que tout anémique vrai (par perte de sang excessive) répare immédiatement, en tant que masse, sa perte liquide par l'eau de sa boisson et devient ainsi hydrémique au sens le plus étroit du mot. Or,

dans l'hypothèse, l'albumine de cet anémique par hémorrhagie doit s'en *hydrater* d'autant, devenir de l'albumine plus exosmotique et filtrer à travers le rein ; — c'est précisément ce qui n'est pas.

En résumé, chez toute femme grosse, le fait primordial, logique et *nécessaire* pour la nutrition du nouvel être (fait dont profite en général la femme grosse comme la femelle pleine, qui alors engraisse) ; le fait primordial, logique et nécessaire, c'est l'augmentation de la masse du sang, c'est la **POLYÉMIE**.

Maintenant, qu'il y ait polyémie avec chiffre normal ou anormal de globules, c'est là un accident contingent dans ce fait nécessaire, la polyémie. De sorte qu'il peut y avoir et qu'il y a, chez les femmes de nos villes, et surtout chez les femmes pauvres de nos villes, polyémie avec *hypoglobulie*, mais néanmoins toujours **POLYÉMIE**.

L'erreur nosologique a été de dire *anémie* parce qu'il y avait hypoglobulie ; de prendre ainsi la partie pour le tout ; de ne pas voir que la masse du sang était augmentée ; que les accidents, lorsqu'il s'en produisait, étaient dus à cette augmentation dans la masse du liquide circulant, — riche ou pauvre en globules, et — non à une anémie qui n'existe pas.

Et l'erreur thérapeutique connexe a été de ne pas voir que l'afflux possible de ce *trop-de-sang* dans un organe très-vasculaire (qu'il fût le poumon, le foie, le rein ou l'œil) pouvait — riche ou pauvre en globules — y produire des désordres anatomiques ou fonctionnels que l'on devait combattre par des moyens **ANTIPHLOGISTIQUES**, mais *proportionnés au degré actuel de richesse ou de pauvreté globulaire*.

C'est pour combattre cette double erreur que j'ai entrepris ces leçons, n'acceptant du présent ou du passé que ce qui m'en paraissait acceptable.

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

Des avantages de l'accouchement prématuré artificiel et de la version sur le long forceps et la craniotomie dans les cas de bassin vicie, par le Dr **Alex. Milne**, membre correspondant de la Société gynécologique de Boston, etc.

— SUITE ET FIN —

Le dernier cas dont je puis parler est Madame A..., habitant près de Kelso, elle réclama mes soins il y a longtemps étant en travail de son premier enfant (un garçon). Je la délivrai par le forceps et après une

demi-heure d'efforts énergiques, j'obtins un enfant mort. Ayant mesuré le bassin, je résolus si j'avais encore à l'accoucher de provoquer le travail avant terme, et d'employer la version. Cette dame consentit à ces opérations. Presque chaque année depuis, car c'est une femme très-robuste et qui ne nourrit pas ses enfants, j'ai eu à l'accoucher et par l'accouchement prématuré et la version, j'ai sauvé tous ses enfants sauf, un (quatre filles et quatre garçons).

Ces cas, messieurs, constituent les observations sur lesquelles j'ai pu prendre des notes, et je vous demande la permission de dire que je les contemple avec un extrême plaisir, et avec orgueil. Sans égoïsme, je les considère comme des trophées bien faits pour satisfaire un opérateur et pour le stimuler et l'encourager dans l'avenir.

Maintenant, on peut dire: nous vous accordons que vous ayez amené des enfants vivants dans ces 35 bassins sur vos 38 cas, mais combien de ces enfants ont survécu, combien sont morts et combien restent encore vivants? Cette observation est très-juste. Car bien des gens croient, parmi les plus instruits, que les enfants obtenus à la suite d'un accouchement prématuré, ne sont pas aptes à vivre longtemps. On a dit, par exemple (comme Virchow), que lorsque des enfants succombent pendant la dentition, ou pendant le cours d'une rougeole, ou périssent ostensiblement d'une méningite, etc., que la cause réelle de la mort doit être attribuée à la naissance prématurée, ou à une faiblesse congénitale. Maintenant je n'ai rien vu qui puisse m'autoriser à croire qu'une naissance prématurée, c'est-à-dire dans le septième mois, soit heureusement la cause de débilité générale. J'ai plutôt observé que, quand de tels enfants sont emportés par la maladie, cela était principalement dû à des infirmités transmises soit par les père et mère, soit par les ancêtres, en un mot que les maladies s'observent aussi bien chez les enfants nés à terme que chez ceux qui sont nés prématurément; pour en revenir à notre sujet, quand je considère les enfants nés prématurément par la méthode que je préconise, je puis dire que dix-sept d'entre eux sont certainement encore vivants et que sept sont morts. Et, pour ce qui regarde les onze autres, que j'ai perdus de vue, il est bien possible qu'ils aient tous vécu. Quant à ceux qui sont morts, qu'il me soit permis d'ajouter que la plupart d'entre eux furent élevés par des nourrices, et je n'ai pas besoin d'exposer devant les membres de cette société le mauvais côté, en général, de la nourriture mercenaire. Le plus souvent, ce n'est pas une nourrice, mais un mauvais et insignifiant biberon qui vient remplacer l'allaitement maternel.

Nous avons donc ici, Messieurs, 174 opérations qui donnent 80 0/0 d'enfants vivants ; et, quant à la mortalité des mères, on peut dire qu'elle est presque nulle. En outre, je vois que, par rapport aux enfants, si j'avais pu réunir les observations de la pratique des accoucheurs les plus habiles de notre époque, j'aurais trouvé une proportion encore plus favorable. Car il faut observer que la méthode pour provoquer l'accouchement consistait, il y a trente ans, dans l'emploi de l'ergot de seigle ou de la rupture des membranes, et ces deux méthodes sont mauvaises, car elles font courir des dangers au fœtus. Ayant fait voir, malheureusement, d'une façon trop brève, l'innocuité de l'accouchement prématuré artificiel dans un bassin rétréci, c'est-à-dire dans les cas où cette opération a été faite uniquement par suite de cette mauvaise conformation, alors que la femme n'est atteinte d'aucune maladie, et ayant démontré également que cette méthode permet de sauver la vie du fœtus, j'examinerai maintenant les autres méthodes de délivrance, en commençant par la craniotomie. Je suis encore obligé d'être bref. Je pense que la plupart d'entre nous sont d'avis que la craniotomie est une opération à laquelle on ne doit avoir recours qu'après mûre délibération et dans des cas exceptionnels. Je l'ai employée fréquemment et, je crois, jamais sans nécessité, et j'avoue que j'ai un juste sentiment de la responsabilité qui incombe à l'opérateur. A notre dernière réunion la chose m'a paru être traitée trop légèrement. On nous a dit qu'il valait mieux écraser les enfants que de les amener vivants pour être probablement des idiots, un fardeau à eux-mêmes, à la société et à leurs amis. Je ne pense pas qu'aucun de nous emploie le perforateur avec aussi peu de réflexion que n'en a un chevalier errant, courant pour combattre des objets imaginaires. Je crois que toutes les ressources doivent être épuisées avant d'en arriver à employer le perforateur. Sans aucun doute on accorde, dans ce pays, à la vie maternelle une plus grande valeur (quoique beaucoup d'hommes capables ont de la répugnance à détruire l'enfant), et nous sommes justifiés en sauvant la mère de préférence à l'enfant. Mais mon opinion est que la mère peut être protégée et sauvée sans qu'il y ait nécessité de détruire son enfant, et cela par l'opération de l'accouchement prématuré artificiel.

Et maintenant quant aux statistiques de l'opération, les livres disent qu'il meure environ une femme sur cinq ou six. Ceci ne peut s'appliquer à la juste connaissance de la pratique moderne. Et supposons qu'il meure une mère sur vingt, dans cent cas cela donnerait cinq morts. Cela contraste mal avec l'opération de l'accouchement préma-

turé artificiel. Quant à l'enfant, c'est un sacrifice réel, vous le broyez pour sauver la mère et alors que Dieu vous dit : Tu ne tueras pas ! Vous répondez, « il ne vivra pas, en enfonçant le perforateur dans le crâne de l'enfant. Cependant ne moralisons pas, et voyons encore combien les résultats des autres opérations sont inférieurs à ceux obtenus par celle que nous préconisons.

La méthode que nous avons maintenant à examiner est l'emploi du forceps. Et ici un mot ou deux d'explication est nécessaire. Par le forceps, et je ne fais pas allusion à l'excellent forceps court si conservateur, qui ne s'emploie que dans l'excavation, loin de moi cette pensée, j'ai assez vécu pour l'expérimenter et en louer toutes les qualités et je suis persuadé que je n'aurai jamais à le décrier. C'est du long forceps que je parle et mieux encore de l'application de cet instrument au-dessus du détroit supérieur, la tête ne pouvant descendre retenue par le rétrécissement pelvien. Cette tête ne pourra être entraînée sans de violents efforts qui nécessiteront une grande compression du crâne. Ce fait seul condamne l'opération dans de semblables conditions, car le forceps ne doit pas être un compresseur, mais seulement un traqueur. Quand vous l'employez pour serrer ou écraser la tête vous le détournez de son sens véritable. Il est vrai, qu'avec des efforts très-énergiques on peut extraire un enfant vivant, quoique le contraire arrive souvent. Mais qu'arrivera-t-il à cet enfant dans l'avenir, sans parler des contusions qui résultent pour la mère de tous ces efforts, ce dont nous parlerons tout à l'heure. Quant aux enfants nés à l'aide du long forceps, il n'y a pas beaucoup de statistiques qui se rapportent à ce qui leur arrive dans la suite et sur lesquelles on puisse se baser ; mais beaucoup de praticiens ont noté qu'ils devenaient souvent idiots surtout quand le rétrécissement antéro-postérieur était considérable. J'en ai pour ma part remarqué plusieurs cas, et alors les dangers de la mère sont certains ; vous avez par exemple, dans ces opérations faites au-dessus du détroit supérieur, placé le forceps dans le col de la matrice et (quoique j'aie fait cela moi-même fréquemment sans dommages pour la mère), on ne trouvera pas que j'exagère les risques d'un tel procédé, et bien des gens expérimentés sont convaincus que cette pratique est dangereuse. Meigs, par exemple, dit dans son ouvrage, page 553, un homme est à peine excusable d'introduire son forceps dans le col utérin, il doit attendre que l'orifice ait dépassé la bosse pariétale et ne puisse plus être senti... Nous ne devons employer le forceps que pour une résistance contre nature, » etc., etc. Je n'ai pas

besoin devant cette Société, de m'étendre sur les dangers qui incombent à la mère dans les applications de forceps au-dessus du détroit abdominal. Ils savent que la lacération de l'utérus est assez commune ainsi que l'inflammation et la gangrène. Bref, c'est une chose si grave qu'elle autorise à adopter à sa place un expédient moins dangereux et qui je crois, se rencontre dans l'opération dont je cherche à proclamer les mérites. On peut observer que je n'ai pas examiné les statistiques sur ce sujet, et la raison en est justement en ce qu'il n'y a pas de statistiques dignes de confiance. Il y a sans doute, des statistiques sur le forceps; mais alors le forceps court et le long forceps, les applications au-dessus du détroit inférieur, et dans l'excavation sont confondus ensemble. Cependant, il n'y a rien de commun entre ces deux opérations. — Le forceps court, son application dans l'excavation aide seulement, et remplace la force naturelle d'expulsion, tandis que le long forceps et son application au-dessus du détroit supérieur, comme on l'a vu précédemment, expose tout à la fois la mère et l'enfant à de sérieux dangers. Pour avoir des statistiques sur lesquelles on puisse s'appuyer, il faudrait avoir séparé les deux opérations.

Je veux maintenant dire quelques mots sur une autre méthode à laquelle on recourt quelquefois dans le cas de bassins viciés, et je dois remarquer que je n'aurais même pas songé à y faire allusion si cette pratique n'avait été préconisée par quelques sociétaires à notre dernière réunion. La méthode dont je veux parler, n'est pas l'opération césarienne qui serait assez raisonnable, mais simplement l'abstention en se confiant aux seules forces naturelles. Aujourd'hui, cette pratique a été très-décriée excepté dans quelques lieux ignorés, où l'esprit de l'art obstétrical moderne n'a pas encore pénétré. Si quelqu'un ici avait quelque tendance à s'en tenir à cette méthode d'abstention, je l'exhorterais à étudier les statistiques si excellentes de Collins, et de compulser les tableaux qui en ont été tirés par feu James Simpson. Ceux-ci montrent clairement que la mortalité augmente en raison directe de la prolongation du travail. Pour moi, messieurs, je ne rétrograderai pas à cette pratique barbare de maintenir les femmes pendant trois jours, épuisant leurs forces, l'utérus s'amincissant par les contractions successives, au point d'en arriver même à la rupture déterminant l'exfoliation du vagin, et préparant les voies pour une fistule vésico-vaginale, infirmité qui quoique bien plus facilement guérissable aujourd'hui qu'autrefois, doit cependant être évitée autant

que faire se peut. Dans les bassins viciés et mal conformés, le délai prolongé est plus éminemment coupable, car la saillie prononcée d'un angle sacro-vertébral, ou l'arête saillante d'un os peut produire une rupture de l'utérus. Mais finissons-en.

Enfin, permettez-moi encore d'insister sur la nécessité dans les cas de bassins rétrécis, bien constatés, de provoquer l'accouchement prématuré de préférence à la craniotomie et au long forceps. Le forceps (long bien entendu) ordinairement, si ce n'est pas inévitable, portant dommage à la mère et à l'enfant, mais surtout à ce dernier, et la craniotomie étant toujours fatale à l'enfant et souvent à la mère. Cela étant fait, quand on entreprend sans raisons justifiables et témérement un pareil travail, on doit être poursuivi de remords pendant le sommeil et même pendant le jour.

REVUE CLINIQUE.

Tératologie.— Description d'un fœtus monstrueux de la famille des célosomiens (genre pleurosoma), par M. GUÉNIOT.

Je dois la possession de ce fœtus à M. le Dr Paillot, de Noyers-s.-le-Serein (Yonne), qui me l'envoya dès le lendemain de sa naissance.

Il est du sexe féminin, offre un développement général qui répond à six mois et demi de conception et porte, adhérents à son ventre, le cordon, le placenta et les membranes. Le poids total de ce produit monstrueux (fœtus et annexes) est de 1,450 grammes. En retranchant, pour les annexes, 250 grammes — chiffre rond — on voit qu'il reste, pour le fœtus seul, un poids d'environ 1,200 grammes.

Sa longueur totale, du sommet aux talons, est de 36 centimètres $\frac{1}{2}$. La distance du sommet à l'ombilic mesure 19 centimètres $\frac{1}{2}$, et celle de l'ombilic aux talons 17 centimètres. Sa tête est bien conformée, de même que le membre supérieur droit et les deux membres inférieurs. Ses divers orifices n'offrent pas d'anomalie; du méconium s'écoule en faible quantité de l'anus.

Les vices profonds de conformation qui, chez ce petit sujet, constituent la monstruosité, sont représentés : 1° par une large éventration à travers laquelle la plupart des viscères abdominaux font hernie; 2° par l'absence complète du membre supérieur gauche; 3° par l'adhérence des membranes de l'œuf au pourtour de l'ouverture anormale de l'abdomen. — Cette dernière, de forme elliptique, intéresse la moitié gauche du ventre et du thorax; elle s'étend verticalement de l'ombilic jusqu'à deux centimètres au-dessous de la racine du cou et, transversalement, de la région latérale gauche du tronc jusqu'à la ligne médiane, dont elle dépasse la limite de deux ou trois

centimètres. Elle mesure ainsi 7 centimètres dans son diamètre vertical et 5 centimètres dans son diamètre transversal.

A travers cette large ouverture, s'échappent de l'abdomen : le foie, l'estomac, la rate, le rein gauche et l'intestin grêle dans leur totalité, puis le gros intestin dans les deux tiers initiaux de sa longueur. Presque tous ces viscères paraissent d'ailleurs régulièrement conformés; le gros intestin seul, rejeté entièrement sur le côté gauche, se continue en ligne droite avec l'intestin grêle, dont il ne se distingue d'abord que par la présence de l'appendice cæcal; les bandes musculaires longitudinales permettent ensuite de le reconnaître. Du méconium remplit toute sa moitié inférieure jusqu'à l'anus, qui en laisse sourdre quelques parcelles.

Le membre supérieur gauche, dans sa portion libre, manque totalement; l'omoplate existe, ainsi que la clavicule, mais celle-ci paraît être incomplète. Une peau saine recouvre le moignon de l'épaule.

L'état de décomposition des viscères nécessitent une préparation toute spéciale, je ne puis donner ici une description détaillée des organes internes. Je mentionnerai seulement l'existence d'une large communication entre la cavité pleurale gauche et l'abdomen, par suite d'un développement incomplet du diaphragme.

La grande ouverture anormale du tronc se trouve limitée par un bord assez régulier, qui se continue avec une enveloppe membraneuse et translucide. Celle-ci, dépendance de la poche amnio-choriale, forme une sorte d'abdomen succenturié, à paroi mince, qui contient les viscères herniés. Le cordon ombilical, à son extrémité fœtale, présente une figure triangulaire par suite d'un coude ou prolongement supérieur très-accusé qu'il forme du côté du thorax, avant de se diriger vers le placenta. Dans toute sa longueur, qui n'est que de 12 centimètres, il reste adhérent aux membranes et comme inclus dans leur épaisseur. A son extrémité placentaire, il se divise en trois branches, représentées chacune par un vaisseau qui atteint isolément la surface du placenta, après un trajet de 15 à 20 millimètres.

Le gâteau placentaire, de forme ellipsoïde, mesure 15 centimètres dans son grand axe et 11 centimètres dans le petit. Il paraît sain et régulièrement développé. Ses cotylédons sont séparés par des sillons assez profonds, ce qui lui donne un aspect mamelonné très-irrégulier.

Comme on le voit, la monstruosité dont il s'agit appartient à la famille des *Célosomiens*, qui se distingue « par l'existence d'une éventration plus ou moins étendue et toujours compliquée de diverses anomalies soit des membres, soit des organes génito-urinaires, soit même du tronc dans son ensemble (1). » La complication, ici, consiste dans l'absence ou l'avortement complet du membre supérieur gauche (l'omoplate et la clavicule exceptées). De plus, comme l'ouverture anormale

(1) Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. *Hist. et gén. partic. des anomalies de l'organisation*. Paris, 1832, t. II, p. 264.

du tronc intéresse non-seulement la région abdominale, mais encore la région thoracique, sans que cependant le cœur soit compris parmi les viscères herniés, nous avons affaire au 5^e genre de célosomiens, d'après la classification d'Isidore Geoffroy St-Hilaire, c'est-à-dire au genre *pleurosome*.

La pleurosomie représente une monstruosité très-rare. Le savant auteur des *Anomalies de l'organisation* n'en avait vu encore que deux exemples lorsqu'il entreprit d'en faire la description, et l'un deux était relatif à un fœtus de l'espèce bovine. Il remarque, à propos de la *célosomie* en général, que « quand l'éventration est latérale, elle correspond presque toujours à droite, disposition qu'expliquent assez bien les rapports existant entre le foie et le placenta, par l'intermédiaire de la veine ombilicale. — Le genre *pleurosome*, dans lequel l'éventration est, au contraire, plus souvent du côté gauche, fait donc à cet égard une exception qui mérite d'être notée. » C'est ce qui avait lieu dans le cas que nous venons de relater.

• D'après le même auteur, *plus l'éventration est volumineuse, plus le tronc devient court*. Peut-être cette loi ne se trouve-t-elle qu'assez imparfaitement confirmée par notre exemple. Sans doute, entre le sommet et l'ombilic d'une part, et de l'autre, entre l'ombilic et les talons, nous avons constaté une différence de longueur plus restreinte qu'on ne l'observe chez les fœtus bien conformés; mais la première distance n'excède pas moins la seconde d'un centimètre et demi, ce qui indique, pour le tronc, une assez faible diminution de longueur, alors que l'éventration cependant offre de grandes dimensions.

D'après les renseignements qu'a bien voulu me transmettre M. le D^r Paillot, la mère de ce petit monstre est une jeune femme de 24 ans, primipare, qui eut un début de grossesse des plus heureux; elle n'éprouva ni chute, ni violence extérieure; aucun accident ne vint traverser le cours de la gestation; enfin, les premiers mouvements du fœtus se firent sentir sur la fin d'avril, c'est-à-dire vers quatre mois et une semaine de conception. La dernière époque menstruelle avait eu lieu, en effet, du 6 au 10 ou 12 décembre précédent. Au moment de l'accouchement, le fœtus se présenta par le sommet; et, en même temps que lui, furent expulsés le placenta et les membranes. Il vécut quelques minutes; mais j'ignore par quels phénomènes il traduisit son existence.

Enfin, j'ajouterai que, dans la famille du père comme dans celle de

la mère, on ne connaît aucun exemple d'anomalie originelle; de telle sorte, en définitive, que les causes qui ont entravé le développement de notre petit monstre restent fort obscures et absolument incertaines.

Vomissements incoercibles de la grossesse. — Dilatation du col par le Dr E. Copeman. — Action de manœuvres diverses — Tampon.

Le Dr Edward Copeman, de Norwich, décrit dans le *British Medical Journal* un nouveau mode de traitement des vomissements incoercibles de la grossesse lui ayant donné des résultats trop remarquables pour qu'on ne les signale pas. Il fut appelé au mois de juin dernier auprès d'une femme grosse de six mois environ, tellement émaciée par des vomissements incessants qu'on éprouvait de grandes craintes pour sa vie. Il y avait avec les vomissements quelques contractions utérines et le col utérin était assez ouvert pour recevoir facilement le doigt. M. Copeman pensa devoir provoquer le travail. Il dilata le col tant qu'il put avec le doigt, et put sentir alors les membranes et la tête de l'enfant. Il voulut alors déchirer les membranes avec une sonde de femme, le seul instrument qu'il eût sous la main. N'y pouvant réussir, il songea à rompre la poche par un autre procédé, mais voulut d'abord laisser reposer la malade. Celle-ci fut revue au bout d'une heure. Elle était déjà restée ce long temps sans vomir. On attendit alors, espérant qu'elle prendrait quelque nourriture et serait plus forte pour supporter l'intervention opératoire. Au bout de deux heures les vomissements ne s'étaient pas reproduits; on attendit encore; puis, toute la nuit se passa de même. L'amélioration persistant; les vomissements ne reparurent plus, la grossesse continua, et cette femme tout à fait remise put accoucher à terme d'un enfant bien portant.

M. Copeman fut très-frappé de ce fait. Il était singulier que la dilatation du col avec le doigt eût suffi à interrompre le cours de ces vomissements; il supposa qu'elle avait dû agir en supprimant une tension exagérée de l'utérus qui amenait une irritation sympathique.

Il fut mandé peu après en province pour une femme enceinte de deux mois avec vomissements incoercibles, traitée sans succès par tous les moyens usuels. Le médecin de la famille désirait qu'il provoquât l'avortement. Le toucher lui ayant fait voir un peu d'antéversion et un col entr'ouvert, il dilata celui-ci avec le bout du doigt appuyant tout autour de façon à assoupir toute partie rigide. La femme vomit seulement une fois et très-modérément après cette manœuvre, et de-

puis n'a plus éprouvé d'accidents; elle est bientôt à son terme, près d'accoucher.

Le 6 avril dernier, M. Copeman vit en consultation une femme au huitième mois de grossesse, ayant eu déjà 9 ou 10 enfants. Délicate de constitution, elle avait beaucoup vomé au début de la grossesse; puis ensuite de temps en temps; mais, depuis trois semaines, les vomissements étaient devenus incessants, elle ne pouvait rien garder. On avait épuisé tous les remèdes possibles. Elle était faible et émaciée. Elle avait beaucoup d'albumine et du pus dans l'urine; de telle sorte que l'on put craindre une complication rénale grave. Cette dame était si mal qu'elle eût consenti volontiers à l'accouchement prématuré. Comme dans les autres cas, le col était ouvert, ridé et dilatable. M. Copeman le dilata autant qu'il put avec le doigt. Les vomissements cessèrent; la malade put prendre des aliments solides (mouton bouilli, asperges) puis boire de la bière. Elle accoucha dix-sept jours après d'un enfant vigoureux et fort, de 8 mois probablement, et put supporter le travail sans trop d'épuisement.

On voit toute l'importance de ces curieuses observations, ajoutant une précieuse ressource à celles dont nous disposons contre les vomissements incoercibles, et qui restent trop souvent infidèles. M. Copeman se propose de publier les faits qui viendraient confirmer la valeur de cette méthode.

Nous ne connaissons pas de cas où cette manœuvre avec le doigt ait été employée. Un certain nombre de faits se rapprochent pourtant du précédent et il n'est pas inutile de les rappeler. M. de Saint-Germain nous a rapporté que, dans un cas analogue, il avait appliqué le dilateur de M. Tarnier pour provoquer l'avortement. Aussitôt après cette application, les vomissements cessèrent pour ne plus reparaitre. Les membranes n'avaient pas été déchirées, et on put espérer longtemps que la grossesse irait à son terme. L'expulsion de l'œuf ne se fit que plusieurs semaines après que les vomissements avaient cessé.

Dans sa thèse de concours (1), M. Guéniot rapporte que lors d'avortement ou d'accouchement provoqué, souvent les vomissements ont cessé immédiatement après la ponction, citant le cas de Robert Lee, où l'œuf fut ponctionné et vidé, et où l'avortement ne se fit que quelques semaines plus tard, et cependant les vomissements cessèrent après la ponction.

(1) Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. Paris, 1863, chez Delahaye.

Mme Callé, sage-femme en chef de la Maternité, a rapporté l'observation d'une femme à trois mois de grossesse, chez laquelle P. Dubois pratiqua l'avortement. Il décolla l'œuf, en introduisant deux fois la sonde utérine. Dès après l'opération les vomissements cessèrent. Cependant l'expulsion du produit de la conception ne se fit que six semaines après.

Le fœtus avait survécu à l'opération, ce qui fut démontré parce qu'on entendit plus tard des bruits du cœur, et aussi parce qu'il avait continué à s'accroître, son volume lors de l'expulsion en était une preuve. Mme Callé, qui a suivi la malade très-attentivement, a bien voulu nous ces donner détails.

Ces faits, on le voit, sont favorables à l'hypothèse de M. Copeman, à savoir que la distension de l'utérus, une sorte de contracture, peut par action réflexe amener les vomissements, mais on rencontre encore des observations où des modifications minimes du col ont entraîné la disparition des vomissements. On trouve dans le *Dictionnaire des praticiens*, l'indication et le résumé de cas où des sangsues (art. 4692), des cautérisations au fer rouge ou même des attouchements au nitrate d'argent sur le col (art. 7614) les ont arrêtés.

Enfin, M. Tarnier nous rapportait ces jours-ci une observation plus curieuse encore. Chez une femme multipare, au troisième mois de la grossesse, il put observer des vomissements incoercibles contre lesquels on avait essayé de différents moyens sans succès, et les accidents étaient menaçants. Il eut l'idée d'introduire dans le vagin un gros tampon de ouate qu'il laissa en place. Les accidents cessèrent pour ne plus reparaitre. Sur le tampon, il y avait un peu de glycérolé de belladone; mais M. Tarnier attache peu d'importance à ce médicament; c'est à l'action mécanique du tampon qu'il faut rapporter la guérison.

Il est incontestable que ces faits sont d'un haut enseignement pratique, et pour notre part, en cas d'accidents semblables, nous tenterons certainement l'application si simple du tampon. Nous emploierons ensuite, en cas d'insuccès, la méthode de M. Copeman, qui en peu de temps, a déjà pour elle la sanction d'une importante expérience.

En outre, on peut voir immédiatement combien cette méthode l'emporte sur toutes celles destinées à provoquer l'avortement rapide. Non-seulement, elle peut conserver la vie de l'enfant, mais elle est à coup sûr moins dangereuse pour la mère que la manœuvre destinée à assurer l'avortement. Probablement à cause du mauvais état général qui empêche de supporter le travail et ses conséquences, la mortalité après

l'avortement provoqué dans ces cas est énorme. M. Guéniot cite onze cas de mort sur trente-deux cas. L'opération de M. Copeman ne doit pas exposer à des conséquences aussi nécessairement graves, et nous sommes assurés que nos lecteurs s'empresseront d'y recourir à la première occasion. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Vomissements incoercibles de la grossesse. — Hyoscyamine.

M. le Dr Pitois, professeur à l'École de médecine de Rennes, pense qu'on peut tirer parti de l'hyoscyamine contre les vomissements incoercibles de la grossesse. Au moins il rapporte deux cas remarquables de succès.

« Au mois de mars, je fus appelé auprès de Mme X..., mariée depuis cinq mois et enceinte de six semaines environ. Elle vomissait constamment depuis huit jours, sans garder ni aliments, ni boissons, même une gorgée d'eau glacée. Pendant quinze jours, tous les moyens pharmaceutiques furent mis en usage.

Cependant, le temps pressait, la faiblesse devenait menaçante ; malgré les lavements de vin et de bouillon, les syncopes se répétaient aux moindres mouvements. L'idée me vint alors d'essayer un dernier moyen : je formulai une potion de 125 grammes dans laquelle je fis entrer *cinq milligrammes* d'hyoscyamine, avec indication d'en faire prendre une cuillerée à café d'heure en heure.

La troisième dose n'amena pas d'efforts de vomissements ; la sixième fut remplacée par une demi-cuillerée à bouche de malaga qui fut parfaitement supportée ; à partir de ce moment, je fis alterner ma prescription :

Huit heures, cuillerée à café d'hyoscyamine ;

Neuf heures, demi-cuillerée de malaga ;

Dix heures, une cuillerée de bouillon glacé.

Le lendemain matin, à dix heures, M. L... me tendait la main en souriant et me disait d'augmenter la ration de bouillon et de remplacer le malaga par du lait glacé. J'obtempérai facilement à cette demande. Tout fut parfaitement digéré ; la convalescence fut rapide, la grossesse suivit son cours ; il n'y a plus eu un seul vomissement.

A l'appui de ce premier fait, j'en ai un deuxième de date plus récente : Mme B..., mariée depuis six mois, enceinte de trois mois, me consultait, le 28 mai, pour des vomissements qui l'avaient forcée de s'aliter depuis huit jours ; ils remontaient à cinq semaines environ. Cette femme était d'autant plus effrayée qu'elle connaît Mme L..., et qu'elle savait tous les dangers que celle-ci avait courus.

La même médication a eu identiquement le même résultat. Voilà donc deux faits à porter à l'actif de l'hyoscyamine. Nous ne nous hâtons pas trop de conclure, mais nous souhaitons qu'on expérimente, la chose est ici permise, car le sujet est assez grave et la méthode peu dangereuse. »

(*Idem.*)

Séparation du vagin et du col de l'utérus par une cloison inter-utéro-vaginale. Observation recueillie à la clinique des maladies vénériennes de l'hôpital civil d'Alger (service du Dr Amédée Maurin).

Oss. — Dans la salle Sainte-Madeleine est couchée la nommée Aïcha-Ben-Djelloul, jeune Mauresque âgée de 22 ans, forte, grande, à formes opulentes, dont la santé a toujours été bonne et qui a vécu dans de très-bonnes conditions hygiéniques.

Il y a quatre ans, elle quitta Cherchell, avec sa mère et sa sœur, pour venir vivre à Alger. A l'âge de 12 ans, elle eut la petite vérole, dont elle garde des traces indélébiles sur le visage. En dehors de cette fièvre éruptive, elle ne se souvient pas d'avoir eu aucune indisposition grave. Elle a été réglée à 17 ans, mariée tout de suite, et est restée huit mois avec son mari, qui est mort du typhus. Ses règles ne se sont jamais troublées; elles durent entre sept et huit jours, et sont accompagnées de quelques coliques et de maux de reins. Elle n'a pas eu d'enfants ni fait de fausses couches. Entrée à l'hôpital, elle eut, dès le lendemain, ses règles. Elle n'a jamais subi aucun traitement, n'a jamais été envoyée en dispensaire et ne présente aucune trace de chancre. D'ailleurs ses réponses sont très-nettes et dégagées des réticences qui pourraient faire suspecter sa sincérité. Elle n'a pas eu de motif pour interrompre la vie galante qu'elle mène depuis la mort de son mari.

A l'examen, elle présente les particularités suivantes :

Le spéculum de Cusco introduit ne se développe que très-incomplètement; il ne pénètre que jusqu'aux trois quarts de sa longueur, et, lorsqu'on presse sur les branches du levier, on sent qu'il est repoussé à mesure que les valves s'écartent. On aperçoit au fond trois trous pouvant laisser passer chacun la pointe mousse d'un long stylet d'argent; il sont sur la même ligne et distants entre eux de 1 centimètre. Pas trace du col de l'utérus. Ce stylet s'enfonce de 3 à 4 centimètres et ne donne pas la sensation d'une résistance marquée. La prudence ordonnant de ne point exercer de pression, j'explore, en faisant subir au stylet des mouvements de latéralité, et j'acquies la conviction que par les trois orifices on pénètre dans une même cavité. Deux stylets introduits par les orifices se rencontrent en arrière.

Le sang des règles doit sortir par ces trois orifices, car, au moment même de l'examen au spéculum, on voit sourdre trois petites gouttelettes de sérosité transparente jaunâtre et légèrement filante.

La palpation par le vagin et par le rectum, en pressant d'une main sur la paroi abdominale, permet de faire balotter l'utérus et d'en sentir nettement la présence.

Il n'y avait pas lieu de penser qu'aucun de ces orifices était l'ouverture du col de l'utérus, car deux stylets plongés parallèlement ne se seraient pas rencontrés en arrière, et l'on n'aurait pas obtenu des mouvements de latéralité aussi considérables. Je pensai donc, tout examen accompli, que j'avais affaire à une cloison inter-utéro-vaginale, anomalie fort rare sans doute,

que je n'ai rencontrée ni dans la pratique de mes maîtres dans les hôpitaux de Paris, ni dans la mienne, qui date pourtant de plus de vingt ans ; anomalie, dis-je, que des circonstances morbides peuvent déterminer, et qu'il est important de signaler à cause des conséquences qui peuvent en découler, soit au point de vue de la fécondation, soit au point de l'accouchement.

J'introduisis un stylet long et recourbé, pour voir si je ne pourrais pas ramener une des brides et pour me rendre compte si, en arrière, il n'y avait pas quelque adhérence ou quelque danger d'hémorrhagie. Je fus vite rassuré, et je tranchai cette bride à l'aide de longs ciseaux. Les tissus s'écartèrent et l'œil put pénétrer dans une arrière-cavité. Un peu de perchlorure de fer très-étendu d'eau suffit pour arrêter quelques gouttes de sang qui s'échappèrent des lèvres de la bride coupée.

Puis je passai à l'autre bride, qui était un peu plus large et un peu plus épaisse, et je la divisai de la même manière, et je pus alors apercevoir le col de l'utérus au fond de l'arrière-cavité ; je pus même introduire l'extrémité d'un stylet dans le museau de tanche. Je venais donc de rompre une cloison inter-utéro-vaginale.

Je plaçai entre les bords de la plaie un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer. Je fis coucher la malade et lui recommandai le repos le plus complet et le décubitus dorsal.

Le pansement a été renouvelé tous les jours, et après cinq jours les parois étaient à peu près cicatrisées.

Il est bon de noter la différence d'aspect des tissus du vagin et de cette arrière-cavité. La muqueuse vaginale est blanchâtre, celle de l'arrière-cavité est rose vif et semble tout à fait dépourvue d'épithélium. Il y aurait en ce cas analogie de structure entre cette arrière-cavité et les cavités closes ; sa membrane participerait de la structure des séreuses. Cet aspect se remarque surtout au pourtour du col de l'utérus, qui est très-petit et dont les lèvres antérieure et postérieure ne sont pas bien formées.

Une autre particularité notée relative au col, c'est qu'il ne fait pas saillie à l'extrémité du vagin : il est comme refoulé en haut et un peu dévié à gauche. Il est bon de noter toutefois qu'après sept jours de pansements, et alors que toute trace des brides semble avoir disparu, — on ne panse plus qu'à l'aide d'un bourdonnet de charpie imbibé de vin aromatique, — l'aspect de l'arrière-cavité change, et il semble qu'on voie l'épithélium se former d'avant en arrière et envahir le tissu du cul-de-sac utéro-vaginal, comme le ferait une couche épidermique sur une partie de la peau dénudée par un vésicatoire.

Dix jours après l'opération, les règles surviennent, qui forcent à interrompre le pansement ; elles sont normales et sans douleurs.

A quoi peut être due une semblable anomalie ?

Elle peut être naturelle sans doute et congénitale ; mais ne serait-il pas plus raisonnable de remonter à l'époque où cette jeune femme a

eu la petite vérole, et de rapporter à celle-ci la formation de ces brides par inflammation adhésive des deux parois vaginales ?

Il est impossible d'accuser une inflammation d'origine vénérienne d'une semblable conséquence, car les chancres mous, même très-étendus du vagin se cicatrisent sans déterminer des vices de conformation (il y a dans la salle Sainte-Madeleine plusieurs exemples très-frappants et très-remarquables de cette observation). D'ailleurs elle ne se souvient pas d'avoir, à aucune époque et en aucun temps, interrompu ses rapports sexuels et gardé le lit pour une maladie des organes génitaux.

Elle n'a fait ni enfants ni fausses couches, et elle n'a point été blessée.

Il faut donc se rattacher ou à un vice congénital ou à une inflammation adhésive des parois du vagin, consécutive à la fièvre éruptive qu'elle a eue à douze ans.

La présence des trois petits orifices semblerait indiquer que les époques menstruelles ont eu quelque influence sur le mode de formation de cette cloison.

Deux faits restent à éclaircir : c'est l'influence de cette cloison sur la fécondation et sur l'accouchement. Elle n'a pas conçu, quoique mariée et vivant très-régulièrement avec son mari ; elle n'a pas conçu depuis lors, quoique les femmes d'Orient soient très-disposées à la grossesse, même dans la promiscuité. Il est à croire que l'espace compris entre la cloison et le col de l'utérus est à peu près constamment lubrifié par des mucosités qui peuvent mettre obstacle à la fécondation. D'ailleurs, les trois petits orifices que nous avons signalés comme existant dans la cloison, sont d'une étroitesse telle qu'il serait difficile d'admettre que les liquides projetés d'avant en arrière pussent les franchir avec facilité.

Ce premier point semble résolu : une pareille cloison est un obstacle à la fécondation.

Mais il nous reste à nous préoccuper de ce qu'il serait advenu si, par une de ces exceptions rares, comme le professeur Moreau avait l'habitude d'en citer quelques-unes dans ses cours, la fécondation avait eu lieu ? Que serait devenu l'accoucheur au moment de la constatation du travail ?

Il est évident que l'observation que nous publions offre à ce point de vue un très-grand intérêt.

L'accouchement aurait eu lieu dans des circonstances très-pénibles,

et si la nature ne s'était chargée, par une rupture de la cloison, de modifier le passage, il aurait pu arriver que la mère et l'enfant eussent couru les plus grands périls.

Aïcha-ben-Djelloul est sortie de l'hôpital parfaitement guérie après un mois et demi de traitement ou d'expectation.

(*Gazette hebdomadaire.*)

Grossesse extra-utérine abdominale; gastrotomie sous-ombilicale.

Les grossesses extra-utérines présentent dans leur anatomie pathologique, leur marche et leurs terminaisons, des phénomènes si bizarres que, pour la plupart des variétés, on pourrait dire pour toutes, la science n'a pu encore formuler de préceptes définitifs, capables de soumettre à des règles précises l'intervention chirurgicale.

C'est en accumulant les faits sur cet important chapitre de tocologie, en les comparant et en les synthétisant, qu'il sera possible d'arriver à des déductions pratiques réellement utiles. L'observation suivante n'est qu'un document de plus apporté à la question si complexe des grossesses extra-utérines; à ce titre elle nous paraît assez intéressante pour voir le jour.

Une femme indigène de 35 ans environ, Nedjemah X..., d'une bonne constitution, bien conformée, et n'ayant jamais été atteinte de maladies graves, eut en 1367 une première grossesse qui se termina au troisième mois par une fausse couche. Cette fausse couche fut suivie d'une affection utérine mal caractérisée, une déviation, très-probablement. Nedjemah devient enceinte pour la seconde fois au mois de mai 1874, et conduit sa grossesse régulièrement jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle la sage-femme constate les mouvements actifs et les battements du cœur du fœtus. La femme lui montre une tumeur ombilicale, réductible, indolente, ayant toutes les apparences d'une hernie. Cette tumeur est maintenue réduite par l'application d'un bandage. Les choses étant en cet état, et paraissant marcher très-bien, Nedjemah est heurtée violemment, dans les derniers jours de novembre, par un enfant qui tombe d'une échelle, sur elle; à la suite de cet accident, elle ne sent plus les mouvements du fœtus et souffre de douleurs assez vives dans l'abdomen.

Au commencement de décembre, perte de sang assez abondante par le vagin; douleurs intermittentes dans le bas-ventre et les lombes; dysurie; les mamelles donnent du lait par la pression. La sage-femme, après avoir pratiqué le toucher et avoir reconnu quelque chose d'insolite dans la situation de la malade, nous conduit auprès d'elle. Voici ce que nous constatons :

A la palpation de l'abdomen, on reconnaît facilement qu'un fœtus volumineux y est placé transversalement; ses saillies, ses inégalités semblent presque immédiatement sous la main. L'auscultation est négative quant aux

bruits du cœur, mais nous fait entendre un bruit de souffle très-manifeste dans la fosse iliaque gauche. Le col est à peine accessible au doigt; il ne paraît ni dilaté, ni ramolli; nous constatons au spéculum qu'il est très-élevé, dirigé en arrière, assez long, fermé, un peu frangé sur les deux lèvres. Malgré les douleurs, il ne pouvait donc être question d'un commencement de travail. Le fœtus était certainement mort. Quant au diagnostic de l'état de la femme, il ne laissait pas que de nous embarrasser; nous hésitions entre deux hypothèses: ou bien nous avions affaire à une grossesse extra-utérine abdominale, ou bien à une présentation du tronc avec accouchement probable à bref délai. Dans les deux cas, nous crûmes prudent d'attendre de nouvelles indications pour intervenir.

Le 18 décembre, nous sommes rappelé auprès de la malade. Depuis quelques jours, elle a des accès fébriles intermittents. Ces accès s'amoindrisent par l'administration du sulfate de quinine, mais ne peuvent être coupés. La malade prend un teint ictérique très-prononcé.

Dans les derniers jours de décembre, l'état général s'était sensiblement amélioré. De côté de l'utérus, tout restait dans le même état; le ventre gardait la même forme et n'était plus douloureux; la tumeur réductible de l'ombilic devenait de plus en plus volumineuse, lorsqu'elle n'était pas maintenue par un bandage de corps. A cette époque, survient une *phlegmatia alba dolens* double, contre laquelle nous prescrivons le sulfate de quinine, l'aconit et les diurétiques. Cet accident conjuré, la malade eut quelques jours de calme.

Le 15 janvier 1875, la tumeur ombilicale s'ouvrit spontanément par un pertuis qui laissa écouler en grande abondance un liquide jaunâtre. Un stylet introduit dans l'ouverture, se perdait pour ainsi dire dans une vaste cavité, il heurtait dans toutes les directions contre des obstacles qui ne nous paraurent autre chose que les parties fœtales. De cet instant, nous jugeâmes nécessaire d'en terminer au plus vite avec une grossesse dangereuse pour la femme, à tous les titres. La proposition d'une opération rencontre une violente opposition. L'état de la malade s'aggrave: le liquide qui s'écoule par l'ombilic devient rapidement infect, des accès de fièvre violents surviennent malgré le sulfate de quinine; l'infection purulente est imminente. Enfin, sur notre menace de ne plus voir la malade, sa famille consent à nous l'amener à l'hôpital le 10 janvier au soir.

Le 20 au matin, nous procédons à l'opération avec l'assistance des Dr^s Longuet Trudeau, médecins aides-majors. La malade étant chloroformée et ayant le rectum et la vessie vides, nous pratiquons sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 12 centimètres, partant de la fistule ombilicale et se dirigeant vers la symphyse pubienne; nous divisons la paroi abdominale couche par couche. Nous arrivons ainsi sur un tissu qui ne nous paraît être que le péritoine épaissi, nous l'incisons sur la sonde cannelée. Le fœtus fait immédiatement saillie dans la plaie, son plan latéral gauche est en avant; un bras sort, nous le séparons du tronc avec de forts ciseaux embryotomes; le cou est également sectionné; le tronc et les membres inférieurs sont extraits; la tête est ensuite amenée facilement.

Le fœtus a approximativement le volume et le poids d'un enfant à terme:

il dégage une odeur de putréfaction complète; toutes ses parties sont ramollies; les téguments du crâne s'en vont en lambeaux sous les doigts.

Le kyste maternel laisse écouler une grande quantité d'un liquide gris jaunâtre infect, et entraîne des débris membraneux macérés, méconnaissables. Le lavage de la cavité est fait à l'eau phéniquée et alcoolisée; les éponges enlèvent ensuite les derniers résidus, et, parmi ceux-ci, quelques débris du cordon ombilical. Le kyste, qui s'étend très-loin de chaque côté dans le sens transversal, paraît être constitué uniquement par le péritoine épaissi et recouvert d'exsudats; les doigts promenés dans toutes les directions n'y rencontrent pas trace de délivre.

La plaie abdominale est réunie dans les deux tiers supérieurs par trois points de suture métallique; un gros drain est placé dans l'angle inférieur; un linge de gaze, un plumasseau de charpie, complètent le pansement. Un tube en caoutchouc de 10 mètres, enroulé sur lui-même en forme de galette, dont les tours sont rattachés entre eux par des ligatures de gros fil, est placé sur le ventre; de l'eau froide y circule comme dans un siphon. Une réfrigération *médiate* constante doit ainsi être maintenue en permanence sur l'abdomen de l'opérée, pour prévenir ou modérer les accidents inflammatoires. Presc. : D., inf. tilleul ed.; vin de quinquina, pot. alcoolat. d'aconit, 1 gramme.

La journée se passe assez bien; l'écoulement d'une grande quantité de liquide par la plaie nécessite le soir un second pansement. Pouls : matin, 90; soir, 92. Temp. : 39° jusqu'à six heures du soir; à sept heures, 37°5; à huit heures, 37°. La réfrigération *médiate* est suspendue.

Le 21 au matin. La nuit s'est assez bien passée, la malade a reposé; écoulement très-abondant de liquide par la plaie : selles spontanées, miction facile. P., 80. T., 37°2. — Presc. : bouillon, vin généreux, pot. extr. aconit; lavages et injections phéniquées. — Dans la journée, accès de fièvre : à midi, P. 112. T. 37°5. — A 2 heures, 120 pulsations, 38°2. — A 8 heures du soir, le pouls était redescendu à 90 et la température à 36°8. Nouveau pansement, après lequel : agitation, battements du cœur tumultueux, syncope de quelques minutes.

Le 22 au matin, un liquide très-infect s'est écoulé; la douleur abdominale est modérée. P. 92; T. 36°8. — Après le pansement, nous renonçons à l'irrigation *médiate* en raison de l'abaissement de la température. Mêmes prescriptions que la veille, plus sulf. quin. 1 gr. — Un incident d'un très-fâcheux pronostic se produit au pansement du soir. Dans la charpie, et dans le liquide qui s'écoule dans la plaie, nous trouvons des filaments de vermicelle donné à dix heures. — Dans l'après-midi, oscillations fréquentes dans la température; tombée à 37°, elle se relève seulement lentement jusqu'à minuit. 38°.

Le 23 au matin, après une nuit d'insomnie, de subdélire, le pouls est à 100, très-faible, la température à 37°8; une selle de matière dure. — *Un lombric dans le pansement*. Presc. D. pot. sulf. 1 gr., éther 2 gr.; vin de quinq. — A midi, pouls filiforme, T. 38°. Sueur abondante, syncope; mort.

L'autopsie, par suite de l'insistance que mirent les parents à l'empêcher, ne put être que très-sommaire. Il nous fut cependant permis de constater

l'état de la cavité abdominale. Nous agrandissons vers l'appendice xiphoïde la plaie de l'opération et nous complétons, par deux coups de couteau, l'incision cruciale; nous mettons ainsi à nu la face profonde du kyste. Toute cette vaste poche est constituée par une couche pseudo-membraneuse tomenteuse, très-vasculaire par places, et réunissant entre elles toutes les anses du paquet intestinal. Dans toutes les anfractuosités, nous ne trouvons pas traces de chorion ou de placenta; les culs-de-sac vésico-utérin et recto-utérin sont nets et revêtus comme le reste de la cavité péritonéale de la couche exsudative kystique. Accolé à la paroi abdominale antérieure au-dessus de la vessie, fragment putréfié à peu près méconnaissable du cordon. Il nous faut donc admettre que, selon toute probabilité, le placenta et les membranes, ont été dissociés par la putréfaction. La face postérieure de la poche est constituée par les anses intestinales réunies par de fortes adhérences. — Une dizaine de perforations mettent en communication la cavité fœtale et l'intestin. Ces ouvertures sont parfaitement circulaires, froncées en cul-de-poule; on pourrait à leur aspect douter de leur origine ulcéralive; elles paraissent s'être cicatrisées sur leurs bords par adossement de la séreuse à la muqueuse. La muqueuse intestinale n'a pas conservé autour de ces orifices de traces notables d'un travail phlegmasique préexistant; elle n'est ni rouge, ni ramollie, ni ulcérée. Le calibre de l'intestin grêle est sensiblement diminué au niveau des différents points où aboutissent les trajets fistuleux.

En résumant les détails qui précèdent, nous trouvons : une grossesse extra-utérine abdominale qui évolue physiologiquement jusque vers le huitième mois. A cette époque, une violence extérieure cause la mort du fœtus. Parmi les phénomènes qui se produisent alors, une perte sanguine utérine, du lait dans les mamelles, quelques douleurs préparantes, indiquent un commencement de travail utérin sympathique, ainsi qu'il en arrive souvent dans les grossesses extra-utérines qui approchent du terme physiologique de l'accouchement. Enfin un travail d'élimination commence dans le kyste fœtal. Ces processus aboutissent à produire : 1°, du côté de l'ombilic, une tumeur qui ne tarde pas à s'ouvrir spontanément au dehors par un trajet fistuleux qui donne passage aux produits liquides de l'œuf; 2°, du côté de l'intestin, un travail ulcéralif, qui ne paraît être également qu'un effet pathologique de l'organisme dans le sens de l'élimination du produit de la conception devenu corps étranger. Ce dernier travail, impuissant et désormais inutile par l'ouverture définitive du kyste au dehors, se cicatrise imparfaitement, laissant des fistules par lesquelles l'intestin et le kyste communiquent désormais librement. — Il résulte bientôt, de cet état de choses, de graves accidents d'infection putride que l'ex-

traction du fœtus et une médication appropriée sont impuissants à combattre et auxquels la femme succombe.

Pour arriver au but pratique de cette observation, mettons tout de suite de côté la circonstance assez bizarre de la présence dans le kyste d'un ascaride lombricoïde. Quelque bonne volonté que l'on y mette on ne peut rendre cet helminthe responsable des perforations intestinales. Malgré les assertions de M. Mondière (de Loudun) et de quelques autres médecins, nous nous en rapportons entièrement, sur ce point, à l'autorité de M. Davaine, déclarant, après s'être livré à une analyse sévère des raisons invoquées en faveur du *pouvoir perforant* des ascarides, que les faits à l'appui ne résistent pas à la discussion.

Nous ne dirons encore qu'un mot sur l'état de la cavité abdominale de notre opérée. Avons-nous eu affaire à une grossesse péritonéale primitive, ou à une grossesse péritonéale secondaire? Cette question nous renvoie nécessairement au mémoire classique de Dezeimeris (*Journ. des Conn. méd. et chir.* 1836-1837). Les grossesses abdominales secondaires seraient seules, selon Dezeimeris, pourvues d'un kyste péritonéal exsudatif, qui serait l'analogue de la caduque utérine, et se formerait, par le fait d'une péritonite, au moment où l'œuf passerait du point où il était primitivement implanté, dans la cavité séreuse. Cette caduque péritonéale, nous l'avons constatée; elle a dû se produire dans les jours qui suivirent le traumatisme que nous avons rapporté; traumatisme assez violent d'ailleurs pour causer la mort de l'enfant. Quoi qu'il en soit, nous trouvons à l'autopsie un kyste péritonéal parfaitement organisé; aucun diverticulum de la cavité qu'il limite, aucun reste du placenta, ne nous permettent de supposer sur quel organe l'œuf s'était primitivement greffé. Le placenta, les membranes, incluses dans le kyste ont disparu par putréfaction. Nous regrettons qu'une dissection complète ne nous ait pas été permise. Les préjugés religieux de la famille nous accordèrent à grand'peine le bref examen auquel nous nous livrâmes.

La question la plus importante que soulève cette observation est la suivante: à quel moment fallait-il ouvrir l'abdomen et extraire le produit de la conception? En admettant, et cela nous paraît incontestable, que la mort de la femme a été causée par l'infection putride, que cette infection n'a été elle-même que la conséquence de la communication du kyste par l'intestin d'une part, avec l'extérieur par l'ombilic, de l'autre, il aurait fallu agir activement beaucoup plus tôt que nous ne l'avons fait, c'est-à-dire lorsque nous fûmes appelé pour la

première fois auprès de la malade, dès le commencement de décembre. A cette époque, le fœtus était mort, la tumeur ombilicale indiquait la tendance de l'organisme à l'élimination d'un produit devenu corps étranger. Nous aurions eu alors quelques chances d'éviter la complication inévitablement mortelle qui s'est produite ultérieurement.

Terminons par les conclusions suivantes :

1^o Certaines grossesses abdominales ont une tendance à se terminer par l'expulsion du produit selon deux directions différentes : l'ombilic et l'intestin.

2^o La détermination ombilicale, des deux la plus directe, précède très-probablement la détermination intestinale.

3^o Le rôle du chirurgien doit être, la grossesse extra-utérine étant constatée, d'intervenir le plus tôt possible, c'est-à-dire dès que la dilatation de l'anneau ombilical par la présence d'une tumeur indique la direction des efforts naturels d'expulsion du produit de la conception.

(Gazette hebdomadaire.)

De l'Imperforation de l'Urèthre.

Il est à peu près certain, disent les accoucheurs, que, dans les derniers mois, l'urine peut être expulsée dans la cavité amniotique. Cazaux ajoute même que plusieurs faits incontestables prouvent que cette évacuation est nécessaire à l'entretien de la vie fœtale. Billard et T. W. King ont vu des cas de rupture de la vessie produite par l'imperforation de l'urèthre. Moreau et Dessaut ont aussi présenté à l'Académie de médecine des exemples analogues.

Les cas d'imperforation uréthrale (vice de conformation qui est loin d'être rare), chez les nouveau-nés parfaitement viables, témoignent, selon nous, que l'excrétion urinaire dans les eaux de l'amnios n'est pas cependant une condition indispensable à la vitalité du fœtus. Nous en trouvons, dans la *Lancette* anglaise, quatre cas intéressants qui renferment en eux plusieurs enseignements pratiques.

Voici chacune de ces courtes observations, que nous avons traduites du texte anglais :

I. Cas de J. S. GRUBB. (*The Lancet*, 12 décembre 1874.)

Une nourrice ayant attiré l'attention de ce chirurgien sur un enfant de 12 heures qui n'avait pas encore uriné, il examina le pénis et n'y trouva ni méat ni aucune dépression indiquant la place qu'il devait occuper. Le gland tuméfié, formait une bosse considérable ; le prépuce était rétracté. L'en-

fant vomissait, le poulx était petit, le petit malade paraissait mourant. Le chirurgien fit une incision à l'endroit où aurait dû se trouver le méat : l'écoulement sanguin fut considérable, l'urine afflua; mais le chirurgien échoua à passer tout d'abord la sonde cannelée. En quelques heures, les langes et le lit furent inondés d'urine, qui continua à s'écouler par l'incision les jours suivants. La guérison fut complète.

Ce fait en a suggéré un autre à M. A. W. Edis (qu'il a observé à The Bristish Lying in Hospital). L'auteur le regarde comme entièrement semblable au précédent; mais nous verrons bientôt qu'il en diffère sous plusieurs points :

II. Cas de Arthur W. Edis, M. D., etc. (*The lancet*, 19 décembre 1874.)

L'enfant en observation n'avait pas encore uriné au bout de vingt-quatre heures. Il était fort agité et paraissait souffrir beaucoup. L'examen démontra que le prépuce n'était pas perforé et qu'il était très-étroitement adhérent au gland. Le chirurgien pratiqua une petite incision cruciale et essaya de passer une sonde cannelée. Il rencontra alors une difficulté considérable, et ce ne fut qu'après un effort prolongé que la sonde put franchir l'obstacle dans la direction où devait se trouver l'urèthre. L'impression ressentie par M. Edis fut que les parois uréthrales adhéraient solidement l'une à l'autre, dans une étendue d'au moins 3 centimètres, à partir du méat. Un jet d'urine suivit le passage de la sonde, qui pénétra alors facilement dans la vessie. L'enfant ne perdit qu'une petite quantité de sang. Les deux jours suivants, un cathéter huilé, n° 2, acheva de reconstituer le nouveau canal, et l'enfant se rétablit tout à fait.

Deux autres exemples, ayant une certaine analogie avec le précédent, ont été publiés par les docteurs Evans et Tylecote. Les voici :

III. Cas de L. W. EVANS. (*The Lancet*, 2 janvier 1875.)

Il y a deux ans environ, ce chirurgien a observé un cas d'imperforation de l'urèthre dans lequel, comme dans le cas du docteur Edis, les parois du canal adhérentes se terminaient en cul-de-sac, à peu près à 3 centimètres de l'extrémité antérieure. Ce chirurgien fit une petite incision longitudinale à l'endroit où aurait dû se trouver le méat et essaya de faire pénétrer une sonde. Il n'y réussit tout d'abord qu'imparfaitement; mais le jour suivant, il y mit plus de force; l'obstruction fut alors vaincue, et un jet d'urine s'échappa. Le traitement ultérieur fut le même que celui institué par le Dr Edis.

Quant au quatrième fait, l'auteur le compare à celui de J. S. Grubb; mais il a certainement avec lui plusieurs points de dissemblance sur lesquels nous allons revenir :

IV. Cas de J.-H. TYLECOTE, M. D. (*The Lancet*, 2 janvier 1875.)

La déformation n'avait pas été constatée au moment même de la naissance, l'enfant étant d'ailleurs parfaitement constitué. A la visite du lendemain, on s'aperçut qu'il n'avait pas encore uriné. A l'examen, le chirurgien trouva une légère dépréciation au niveau du méat, c'est-à-dire à l'endroit où il aurait dû exister normalement; il n'y avait ni épi ni hypospadias. Il fit une incision, à l'aide d'un bistouri pointu, dans la direction de l'urèthre et suivant la profondeur d'un centimètre au moins; puis il introduisit une sonde cannelée, courbée en forme de cathéter, jusque dans la vessie: Au moment où cette sonde fut retirée, un jet d'urine abondant s'ensuivit: on ne fit aucun traitement consécutif. Quelques années plus tard, le même chirurgien eut l'occasion d'examiner l'enfant. Le pénis présentait l'aspect de celui de l'hypospade, la face inférieure de l'urèthre manquant dans une étendue d'un peu moins d'un centimètre. Cette nouvelle disposition vicieuse avait été évidemment consécutive à l'incision pratiquée par le chirurgien.

De ces quatre exemples, le premier (Grubb) est évidemment relatif à une *imperforation du méat seul*, sans imperforation du prépuce. Les trois autres se rapportent, non pas à l'occlusion par transformation de tout l'urèthre en un cordon plein, mais à la variété d'imperforation du méat s'accompagnant d'un accolement et adhérence des parois du canal jusqu'à une certaine profondeur (3 centim. environ). Dans l'un d'eux (Edis), il existait, de plus, une imperforation du prépuce, qui était accolé complètement à la surface glandaire. Ces derniers exemples peuvent donc se rapprocher de ceux de Ebert (thèse Guyon, 1863, et *Annales de la Charité de Berlin*, vol. II, p. 188, et *Schmidt's Jahrbücher*, t. LXXVI, p. 236), qui dit avoir observé deux fois l'accolement des lèvres du méat se prolongeant dans l'intérieur du gland, et de celui de Witehead (*Medical Times*, 18 septembre 1847), qui rapporte une imperforation congénitale de l'urèthre qui occupait toute l'étendue de la cavité de la portion glandaire. Ce n'est que dans l'observation du D^r Tylecote que le bout du méat offrait une légère dépression correspondant au point où aurait dû se trouver l'ouverture.

Les troubles auxquels donne lieu cette rétention d'urine ont été un peu différents dans chacun des cas. Dans le premier exemple, bien qu'il n'y ait eu que douze heures d'écoulées depuis la naissance, les accidents étaient menaçants: le gland était fortement tuméfié; des vomissements et un état général très-inquiétant indiquaient surabondamment qu'il y avait urgence d'intervenir. Dans le second cas, les troubles étaient moindres, mais cependant encore assez accusés. Dans les autres, et en particulier dans celui du D^r Evans, où près de ving-

quatre heures s'étaient déjà écoulées, les phénomènes n'offraient pas un caractère d'acuité aussi prononcé. A la suite de cette dilatation du canal, l'urèthre se romprait, dit Sabatier, souvent avant la naissance de l'enfant. Cette rupture (thèse Guyon, 1863, p. 36), aurait lieu au niveau de la partie la plus mince, c'est-à-dire au niveau du frein; et ainsi se trouverait expliquée la présence de l'hypospadias glandaire. Cette explication, renouvelée de Dionis, ne peut, d'après M. Guyon, s'appliquer à la théorie de ce vice de conformation.

L'opération nécessitée par cette difformité fut des plus simples : elle consista dans une incision longitudinale suivie d'un cathétérisme qui, cependant, n'a pas toujours été très-facile, en raison de l'adhérence des parois, qui se prolongeait dans une certaine étendue. J'avoue que nous préférierions deux petites incisions en croix, qui auraient au moins pour effet d'éviter de produire un léger hypospadias glandaire, comme cela est survenu une fois dans l'observation IV, où le chirurgien avait un peu trop prolongé son incision longitudinale du côté de la face inférieure. Quant à l'écoulement de sang, il a toujours été de médiocre importance; cependant, l'un de ces petits malades en a perdu une assez grande quantité. (*Union Médicale.*)

D^r GILLETTE.

L'exposé précédent fait par M. le D^r Gillette a donné lieu à la communication suivante du D^r Jacquart de Bar-sur-Aube.

Le 24 octobre 1874, une dame de la ville accouchait, à minuit, d'un garçon qui avait ou qui plutôt paraissait avoir tous les signes extérieurs d'une bonne conformation. Pendant les soins que je donnais moi-même à l'enfant, je ne remarquai rien d'anormal. Le lendemain, l'enfant était envoyé en nourrice à 10 kilomètres de la ville. Le surlendemain, la nourrice fut frappée des cris incessants de l'enfant, et cependant ne sut pas découvrir la cause de ces cris. Ce ne fut que le troisième jour, c'est-à-dire le 27, que la nourrice fit la remarque que les langes n'étaient souillés que de matières fécales et que l'enfant n'urinait point.

Je fus mandé en toute hâte et arrivai, vers trois heures de l'après-midi; le petit malade était au plus mal; le poulx était misérable; le facies grippé; les cris, plaintifs et continuels, allaient en s'éloignant. Soixante-quatre heures s'étaient écoulées depuis la naissance, et aucune excrétion d'urine ne s'était effectuée. L'examen du pénis me fit voir une imperforation complète du méat urinaire, dont ni la forme

ni la place même n'étaient apparentes. Le gland, un peu découvert, formait un tout sans la moindre trace de dépression; particularité à noter, le prépuce était lui-même intimement soudé aux trois quarts inférieurs du gland. Il y avait urgence d'opérer, et, encore novice, je me trouvais pris au dépourvu en face d'une opération que je n'avais jamais vu pratiquer, et dont je n'avais jamais entendu parler. Je fis de mon mieux et procédai de la façon suivante : je fis une incision longitudinale dans la direction et à la place habituelle du méat urinaire, espérant rencontrer le canal urétral et pensant n'avoir affaire qu'à une imperforation du méat; je ne rencontrai rien, et, sans plus de succès, je plongeai dans la direction présumée du canal la lame d'un bistouri étroit et pointu. Je sondai avec un stylet mousse la plaie que j'avais pratiquée, dans l'espoir de découvrir quelque indice pour diriger ma route.

Ne rencontrant rien et voyant le danger que courait mon petit malade augmenter à chaque instant, je me décidai à me frayer un chemin à tout prix. Je choisis dans ma trousse un stylet cannelé que je courbai en forme de sonde, et je le poussai avec lenteur, mais assez vigoureusement, dans la direction du canal absent, en commençant par la plaie que j'avais pratiquée. Je sentis bientôt que mes efforts triomphaient à chaque pas d'une difficulté sans cesse renouvelée, et que mon instrument suivait le bon chemin; j'arrivai avec le temps jusqu'à la vessie, mais d'urine point. L'instrument fut retiré, et cependant l'enfant n'urinait toujours pas. Je n'avais point de sonde assez petite; je courbai de nouveau mon stylet, de façon à utiliser la cannelure qui formait comme une sorte de conduit, et j'eus enfin la joie d'arriver à bien; une abondante quantité d'urine s'écoula par la cannelure de ma sonde, et le petit malade parut vivement soulagé.

Le lendemain, je revis l'enfant; il n'avait point uriné, et je dus recommencer en partie l'opération de la veille; il s'était fait de nouveau un accollement du méat artificiel et des parois du canal urétral; cette fois je laissai à demeure une très-fine bougie destinée à tenir éloignées les surfaces avivées et à empêcher leur adhérence. L'enfant put uriner malgré la présence de la bougie; et au bout de quelques jours, celle-ci fut supprimée et la fonction s'opéra d'elle même dans les conditions normales. La guérison s'est continuée, et, aujourd'hui, au bout de quatre mois, l'enfant se porte bien. Je n'ai pas cru devoir faire aucune opération pour séparer le prépuce du gland; ils me paraissent

unis l'un à l'autre d'une façon trop intime. La quantité de sang perdu pendant l'opération a été assez modérée.

J'ai donc eu affaire, dans ce cas, à une imperforation non-seulement du méat urinaire, mais du canal lui-même tout entier, car, j'ai parfaitement éprouvé la même difficulté d'introduction de ma sonde jusqu'à la vessie. Le méat était complètement absent, mais je crois que les parois du canal n'étaient que soudées entre elles et qu'elles existaient virtuellement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Séance du 21 août 1875.

M. DE SINÉTY a la parole pour une communication sur quelques points de l'anatomie de l'ovaire et de l'utérus chez les nouveau-nés. On observe dans l'ovaire des petites filles, peu de jours après leur naissance, un gonflement des vésicules de de Graaf analogue à celui que l'on observe chez la femme après la puberté. Jamais ces follicules ne déversent leurs produits dans les trompes, comme chez la femme adulte.

Quelques années après la naissance, on ne trouve plus ces follicules gonflés. M. de Sinéty rapproche ce fait du cas suivant, observé par Meckel : c'est que les petits garçons ont dans les testicules, à l'époque de la naissance, des cellules analogues à celles où se développeront plus tard les spermatozoïdes; quelque temps après la naissance, ces cellules disparaissent pour ne se retrouver qu'à la puberté.

Enfin on sait que, au moment de la naissance, les enfants des deux sexes présentent une sécrétion de la mamelle, que M. de Sinéty a reconnu être une véritable sécrétion lactée. C'est un fait assez remarquable que cette poussée génitale chez les enfants naissants.

M. de Sinéty termine sa communication par quelques mots sur l'épithélium de l'utérus, très-difficile à bien observer, parce qu'il s'altère trop rapidement. Il a trouvé que le col de l'utérus était tapissé par des cellules caliciformes sécrétant un mucus épais. Dans le corps de l'utérus, où le produit est bien plus fluide, on trouve des cellules cylindriques; ces cellules cylindriques n'ont de cils vibratils que chez la femme adulte.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

*Séance du 9 avril 1875.***Hydrocéphalie congénitale. — Arrêt de développement de certaines parties du cerveau, par P. BUDIN, interne des hôpitaux.**

La nommée M..., sans profession, âgée de 24 ans, primipare, entrain à la Maternité le 30 mars 1875 à 10 heures du matin. Cette femme avait été très-régulièrement menstruée depuis l'âge de 13 ans. La dernière apparition des règles datait du 15-20 juin 1874. Pendant les deux premiers mois de sa grossesse, elle eut de la céphalalgie et des vomissements : par la suite, elle ne présenta aucun accident.

Lors de son entrée à la salle d'accouchement, on constata une présentation du sommet en O. I. G. A. Le 30 mars à 1 heure du soir on rompit les membranes, et l'accouchement spontané eut lieu à 5 heures ; l'expulsion fut pénible. L'enfant qui était une fille, pesant 3,980 grammes, avait une tête volumineuse présentant des diamètres anormaux. Le diamètre occipito-frontal mesurait 13 centimètres ; l'occipito-mentonnier 17 centimètres, le bipariétal 10 centimètres $\frac{1}{4}$, et le sous-occipito-bregmatique 10 centimètres $\frac{1}{4}$. A la partie postérieure du crâne, les os étaient incomplètement ossifiés. Le placenta, qui était assez volumineux, présentait des dégénérescences fibro-graisseuses très-étendues, qui occupaient le tiers environ du volume total de l'organe. Il y avait en outre dans un point, à la surface fœtale du placenta, sous le chorion, de larges lamelles blanchâtres de fibrine. L'enfant vécut pendant 48 heures ; il succomba le 1^{er} avril dans l'après-midi, après avoir présenté les phénomènes ci-dessous rapportés : il n'a jamais tété ; mis au sein, il n'a jamais fait un mouvement pour prendre le mamelon. On fut obligé de lui donner le lait d'une nourrice à l'aide d'une cuiller ; il déglutissait sans difficulté. Il but ainsi jusqu'au 3¹ mars dans la nuit ; mais à partir du 1^{er} avril à 1 heure du matin, il ne voulut plus rien prendre ; le peu de liquide soit lait, soit eau sucrée, qu'on essayait de lui faire avaler était immédiatement rejeté. L'enfant allait naturellement à la garde-robe ; il rendit son méconium.

Abandonné à lui-même, il poussait continuellement un gémissement plaintif, uniforme, espèce de cri hydro-encéphalique ; mais dès qu'on le pinçait ou qu'on pouvait lui faire mal, il criait comme les autres enfants. Du reste la sensibilité était intacte chez lui ; pincé légèrement ou même touché, il retirait ses membres et s'agitait ; on n'a remarqué la paralysie d'aucune partie du corps.

L'autopsie fut faite le lendemain de sa mort. Les poumons, le cœur, l'estomac, le foie, les reins, la rate n'étaient le siège d'aucune lésion. L'ovaire droit était beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, il offrait les dimensions d'une noix et présentait plusieurs tumeurs semblables à celles que certains auteurs, M. Cullingworth, entre autres, ont décrites comme étant

des kystes de l'ovaire chez des nouveau-nés. Ces ovaires ont été examinés par M. de Sinéty dont on connaît la grande autorité en pareille matière, et ses préparations démontrent qu'il s'agit tout simplement de vésicules de de Graaf très-développées. Ce développement des vésicules de de Graaf est, suivant lui, un fait fréquent chez les enfants nouveau-nés.

On essaie d'ouvrir le crâne à sa base avec une scie très-fine. A peine en avait-on donné quelques coups qu'un liquide limpide, d'un jaune clair, commença à s'écouler. On recueillit 950 grammes de ce liquide. La voûte crânienne ayant été enlevée, on constata la disposition suivante :

Le bulbe, la protubérance, les pédoncules cérébraux, les corps striés, les couches optiques ont atteint leur développement normal ; mais les deux hémisphères cérébraux ne sont représentés que par le lobe temporal et le lobe occipital, jusqu'à la scissure occipitale interne.

Les lobes frontaux et les lobes pariétaux, la voûte du corps calleux et le centre ovale de Vieussens font complètement défaut. Le crâne était volumineux, mais on n'y voyait pas cet écartement considérable des os qu'on rencontre ordinairement chez les hydrocéphales. Le reste de la cavité crânienne était rempli de liquide céphalo-rachidien. La dure-mère et la pie-mère se reconnaissaient facilement : distendues par du liquide à la partie antérieure, elles formaient, appliquées l'une contre l'autre, une grande poche qui s'appliquait elle-même exactement contre la paroi du crâne.

M. DURET. M. Budin m'ayant fait prévenir, j'ai pu examiner avec soin cette rare et singulière anomalie, et je crois pouvoir en donner l'explication suivante. L'intégrité du corps strié, des couches optiques et des lobes occipitaux ne permet pas d'adopter, pour ce cas particulier, la théorie ancienne de la distension des hémisphères par une quantité de liquide sécrétée anormalement dans les cavités ventriculaires. L'étendue de la lésion est en rapport avec les territoires vasculaires de la cérébrale antérieure et de la sylvienne. En recherchant ces deux vaisseaux à la base du crâne, on voit que les artères carotides primitives, quoique non oblitérées, sont d'un calibre très-petit ; elles donnent naissance, de chaque côté, aux artères cérébrales antérieures et sylviennes, qui se ramifient aussitôt dans les membranes, et qui ne sont pas elles-mêmes plus volumineuses que les artères correspondantes du cerveau d'un fœtus de quatre mois. J'insiste sur ce fait qu'elles ne présentent pas les *arborisations* qu'on observe d'ordinaire sur ces circonvolutions du fœtus à terme ; comme je l'ai démontré, ces *arborisations* apparaissent seulement sur le cerveau du fœtus de quatre mois, et leur développement est en rapport avec celui de la substance cérébrale, et en particulier de la couche corticale des hémisphères.

Je pense donc qu'une maladie des membranes (congestion, hémorrhagie, etc.), survenue à cette époque dans le champ de distribution des carotides a été l'origine de cette malformation des hémisphères. Ce qui semble confirmer cette opinion, c'est que la face interne de la pie-mère, au niveau des lobes antérieurs, a conservé une teinte rouillée, analogue à celle des anciens foyers hémorrhagiques. A quatre mois, les hémisphères cérébraux de l'embryon sont encore constitués par deux vésicules creuses. Il est digne de remarquer que le corps strié, quoique vascularisé par la sylvienne, était épargné; mais ses artères lui viennent directement du tronc de la sylvienne, et ne rampent pas auparavant dans la pie-mère. Il n'est donc pas étonnant que la maladie de cette membrane n'ait pas empêché le développement normal du corps strié.

C'est là, croyons-nous, une anomalie pathologique qui n'avait pas encore été décrite.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- Leçons sur le système nerveux**, faites à la Salpêtrière par le professeur CHARCOT, recueillies et publiées par le Dr BOURNÉVILLE. 2^e édition, tome V. 1 vol. in-8° avec 9 planches en chromolithographie, une eau forte et 27 figures intercalées dans le texte. 12 fr.
Cartonné. 13 fr.
- De l'urine et de ses altérations pathologiques**, étudiées au point de vue de la chimie physiologique et de ses applications au diagnostic et au traitement des maladies générales et locales. Leçons professées à University College à Londres, par le Dr HARLEY; traduites de l'anglais par le Dr Hahn. 1 vol. in-12 avec 35 figures intercalées dans le texte. 6 fr.
- Hystérisme et hystérie, du sommeil hystérique en particulier**, par le Dr ESPANET. In-8°. 4 fr. 50
- Contribution à l'étude de la consanguinité**, par le Dr HÉLICT, In-8°. 2 fr.
- Des propriétés physiologiques du bromure de camphre** (camphre monobromé de Wurtz) et de ses usages thérapeutiques, par le docteur L. PATHAULT, in-8°, 1 fr. 25. Paris, Adrien Delahaye, éditeur.
- Il Biennio Clinico 1873-74**, nella R.Scuola de Ostetricia di Milano, diretta per prof. Domenico CHIARI. Milano, stabilimento di A. Zanaboni.

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'INFLUENCE DES MALADIES DU CŒUR

SUR LA MENSTRUATION. LA GROSSESSE ET SON PRODUIT : DE L'ACCOUCHEMENT
ET DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉS.

Par le Dr P. Duroziez, ancien chef de clinique de la Faculté.

(Suite.)

Nous arrivons à l'étude des *fausses couches* qui seront réunies avec les accouchements à 6 mois.

Four 41 femmes atteintes de maladies du cœur, nous trouvons 21 fausses couches et accouchements à six mois.

Meunier, une fausse couche et pas d'autre grossesse.

Raquillet, d'abord deux enfants, puis une fausse couche de six mois.

Braune, d'abord cinq enfants, puis une fausse couche.

Rhumatisme. — Insuffisance mitrale. — Pertes. — Fausse couche. — Règles pendant la grossesse. — Epistaxis.

Millard, 37 ans, blanchisseuse, née à Paris, célibataire, 14, salle Saint-Raphaël, Hôtel-Dieu, accouchée le 22 août 1873.

13 septembre. A 15 ans, elle commence à ressentir des *douleurs généralisées* qui ne la quitteront plus, sans toutefois la condamner au repos. A

Archives de Tocologie. — OCTOBRE 1875.

37

16 ans elle a une époque, puis les règles ne s'établissent régulièrement qu'à 17 ans 1/2, elles sont très-abondantes. A 33 ans, elle a un premier enfant qui se présente par le siège et vit deux mois, ayant, dit la mère, la danse de Saint-Guy; les règles persistent pendant les trois premiers mois de la grossesse; en outre, elle est sujette à des épistaxis le premier mois. Six semaines après la délivrance a lieu une perte abondante. Un second enfant naît il y a dix-sept mois; elle le nourrit dix mois, puis prend un nourrisson pendant deux mois, mais est obligée de cesser à cause de la faiblesse qu'elle ressent. Elle n'a pas été malade pendant cette grossesse. Elle devient enceinte, pour la troisième fois, le 22 mai; elle s'épuise à travailler et fait, à trois mois, une fausse couche pendant laquelle elle perd énormément de sang. On entend un souffle ronflant au premier temps à la pointe. M. Frémy, dans le service duquel est la malade, pense, comme moi, qu'il y a là une lésion organique de la mitrale.

Insuffisance mitrale. — Deux fausses couches.

Tissot, 42 ans, repasseuse, est couchée salle Saint-Pierre, Hôtel-Dieu, le 28 mars 1873.

Elle a, dès son enfance, d'abondantes épistaxis; est réglée à 16 ans, bien, et se marie à 18. A cette époque, des fièvres tierces la tiennent pendant un an. A 20 ans, elle accouche d'un premier enfant qui vit encore; à 21, d'un second enfant qui meurt à treize mois; à 28, d'un troisième enfant qui vit. A 31, elle a un rhumatisme articulaire aigu qui dure quatorze mois, et commence à 35 à ressentir des palpitations qui la gênent pour monter et porter des fardeaux. A 36 ans, elle subit à la fois une fluxion de poitrine grave et une quatrième grossesse; l'enfant vit jusqu'à 5 ans.

Mais à 37 et à 39 ans, deux fausses couches se succèdent.

Malgré tout, sa santé n'est pas gravement compromise, puisque nous la retrouvons trois ans plus tard, avec une insuffisance mitrale, il est vrai.

Rétrécissement et insuffisance mitrale : insuffisance aortique. — Mal réglée; trois fausses couches avec pertes considérables. — Rhumatisme articulaire aigu à 27 ans. — Nouvelle grossesse à 31 ans.

Toussaint, 32 ans, journalière, née à Metz, 2, salle Saint-Antoine, Hôtel-Dieu, 18 septembre 1863.

Chétive pendant son enfance, elle est réglée à 14 ans, mal. Mariée à 22 ans, elle fait trois fausses couches à six mois, accompagnées de pertes abondantes. A 27 ans, elle subit une longue maladie de sept mois; l'enflure des membres semble indiquer un rhumatisme ou une maladie de cœur. Elle est malade et palpite depuis un an; une nouvelle grossesse est accompagnée d'hémoptysie, de palpitations et d'enflure des jambes qui disparaît après la couche.

La malade est pâle, non œdématisée, souffle en jet de vapeur à la pointe. Roulement au second temps. Souffle au second temps à la base. Les jambes enflent quand la malade se lève.

Remarque. — Cette irrégularité des règles, ces 3 fausses couches,

cette longue maladie caractérisée par des enflures, nous font croire que pour la dernière grossesse, cette femme était atteinte d'une maladie du cœur qui a été aggravée à ce moment. Néanmoins quelques mois plus tard, nous voyons cette malade dans un état relativement passable.

Palpitations dès l'enfance. — Deux fausses couches à six mois. — Pas d'aggravation. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire (?)

Margotin (Louise), 27 ans, passementière, entre dans le service de M. Woillez, à Lariboisière, le 2 avril 1872.

Étant enfant, elle ne peut jouer et a de la peine pour monter des escaliers. Elle n'est pas cyanosée. A 16 ans, elle a une seule époque; les règles reparaissent à 18 et ne sont jamais normales. Variole à 21; à 23, elle a une fille qui meurt à 2 ans; à 24, les règles sont supprimées pendant dix mois; elle fait une fausse couche de six mois. A 26, seconde fausse couche de six mois.

Dans ces observations, les fausses couches sont bien liées à la lésion du cœur, puisqu'elles apparaissent à la fin lorsque la maladie s'est aggravée.

M. Budin a publié dans le *Mouvement médical*, 18 octobre 1873, après notre communication du 11 octobre, un article intitulé :

Maladie du cœur; grossesses, avortements. Observation. Femme ayant eu 14 grossesses. — Affection cardiaque accompagnée de phénomènes d'angine de poitrine symptomatique survenant dans le courant des 14^e, 15^e, 16^e, 17^e grossesses terminées par un avortement dans le courant du 6^e mois.

Cette femme, âgée de 40 ans, que M. Budin représente comme ayant été constamment bien portante jusqu'à ces dernières années, fait néanmoins, d'abord 3 fausses couches au terme de 2 mois ou 2 mois 1/2; la 4^e grossesse est normale, mais l'enfant vient mort. La 7^e et la 8^e grossesses se terminent par 2 fausses couches à 2 mois 1/2; la 11^e grossesse, par une fausse couche à 2 mois. Nous arrivons à la 15^e; vers la 6^e semaine, accès d'étouffements très-violents qui vont en s'aggravant jusqu'au moment de la fausse couche à 5 mois 1/2, 6 mois, puis ils cessent. Les battements de cœur et la dyspnée deviennent encore plus intenses pendant le cours de la 16^e et de la 17^e grossesse et cessent ou diminuent chaque fois que l'avortement est accompli à 5 mois 1/2, 6 mois. Ils augmentent à la suite de la mort du mari, disparaissent à peu près complètement, puis se montrent de nouveau tous les 6 mois. A la percussion pratiquée par M. Peter, on trouve que l'aorte, à son origine, mesure 5 centimètres de largeur. A l'auscultation, on entend au niveau de la pointe, un bruit de souffle un peu rude, précédant légèrement, et surtout accompagnant le premier temps. Au niveau de la base, on perçoit quelques légers frottements. Le poulx est petit et serré.

Après un séjour de quelques semaines, la malade a pu quitter l'hôpital, très-améliorée.

M. Budin conclut à une insuffisance mitrale, et se demande si les affections cardiaques n'ont pas, à leur tour, une action sur le développement de la grossesse et si dans certains cas, rares sans aucun doute, elles ne sont pas la cause de l'avortement et de l'accouchement prématuré?

Tel est précisément le but de notre travail, qui affirme ce que M. Budin ne fait que proposer avec toute restriction. Nous ne discuterons pas le diagnostic porté par MM. Peter et Budin, mais nous demanderons si la lésion du cœur date réellement de la 15^e grossesse. Il nous est difficile d'admettre que la femme fût parfaitement bien portante, lorsqu'elle faisait 6 fausses couches, et amenait un enfant mort. Nous serions disposé à croire que la lésion du cœur existait à cette époque, et qu'on peut lui attribuer en partie les fausses couches sur lesquelles nous insistons en ce moment. Quoi qu'il en soit, la 16^e et la 17^e grossesse se terminent par un accouchement à 6 mois.

Les accouchements à 7 mois 1/2 sont assez fréquents au grand avantage de la mère qui ainsi se préserve de l'asphyxie, et au grand détriment de l'enfant.

Monot, accouche à 7 mois 1/2.

Toussaint accouche à 7 mois 1/2, enfant mort-né.

Curteley accouche à 7 mois 1/2, enfant mort-né.

Bailly accouche à 7 mois 1/2. L'enfant a aujourd'hui 9 ans. (La maladie du cœur me paraît bien avoir précédé cette grossesse.)

Albepart accouche à 7 mois 1/2. (La lésion du cœur est douteuse à ce moment.)

Grosjean accouche à 8 mois; l'enfant vit trois semaines.

Guyot a 5 enfants mort-nés avant terme.

Mme B... meurt à 7 mois de grossesse. L'enfant est mort-né.

La femme observée par Em. Dubois meurt à 8 mois de grossesse. Enfant mort-né.

Guillemot meurt à 8 mois 1/2 de grossesse. L'enfant est extrait par Campbell (opération césarienne), et vit jusqu'à plus de 7 ans.

Crahet accouche à 7 mois et meurt 8 heures après la délivrance. L'enfant ne vit que quelques jours. La femme délivrée par Dubreuilh à 7 mois 1/2 vit ainsi que l'enfant.

La femme opérée par MM. Belin et Lemaire à 7 mois 1/2 meurt ainsi que l'enfant.

Rétrécissement mitral. — Anhélation dès l'enfance. — Epistaxis. — 10 époques seulement. — 5 mort-nés venus avant le terme.

Guyot, 31 ans, entre le 16 juillet 1872 salle Saint-Bernard, n° 26, Hôtel-Dieu.

Cette femme, dès son enfance, est gênée pour courir et ne peut pas danser. Elle a beaucoup d'épistaxis. Les règles n'apparaissent qu'une dizaine de fois. Sur 6 enfants, 5 viennent mort-nés avant terme. Elle dit n'être souffrante que depuis 1 an environ et surtout depuis 2 mois.

Remarque. — Cette femme paraît bien avoir eu sa maladie de cœur dès l'enfance; la gêne pour courir et danser, les épistaxis, la rareté et l'irrégularité des règles, la mort avant terme des enfants autorisent le diagnostic.

Variole. — Fluxion de poitrine. — Souffle rude. — Accouchement à 7 mois 1/2.

Albepart, 21 ans, née à Albaret Sainte-Marie (Lozère), n° 19, Saint-Vincent, Charité.

27 septembre 1873. Non vaccinée. Réglée à 12 ans, bien. En août 1870, elle a une variole grave et une fluxion de poitrine; elle est alitée 4 mois. Il y a 8 mois, elle fait une fausse couche de 7 mois 1/2. Les règles se montrent une seule fois, mais très-abondantes, 7 semaines après la fausse couche. Elle est enceinte de 6 mois. Elle n'a pas encore senti remuer et ne croirait pas à une grossesse. Souffle rude au 1^{er} temps.

Pour 40 femmes (atteintes de maladie du cœur), nous trouvons 5 mort-nés à terme.

Baker, 1 mort-né.

Perrin, 3 mort-nés.

Boué, 1 mort-né.

Insuffisance et rétrécissement considérable de la mitrale et de la tricuspide. — Insuffisance aortique légère. — Palpitations dès l'enfance. — Hémoptysies. — Epilepsie. — Mal réglée. — 1 mort-né.

Boué, 37 ans, piqueuse de bottines, n° 6, salle Saint-Antoine, entre le 23 avril 1866, et meurt le 30.

Elle fait remonter ses palpitations et ses attaques d'épilepsie à son enfance. Réglée à 18 ans, mal, elle a des hémoptysies pendant quatre ans. Elle se marie à 24 ans et a un enfant mort-né. Les douleurs rhumatismales dateraient de 8 ans.

Le nombre des enfants morts de bonne heure (avant 5 ans) serait assez considérable, 37 pour 40 femmes.

Bailly perd 2 enfants à 7 mois et 9 mois.

Millard, 1 à 2 mois.

Tiesot, 2 à 13 mois et à 5 ans.
 Margotin, 1 à 2 ans.
 Laurain, 3 tout jeunes.
 Bonenfant, 6 avant 4 ans.
 Braune, 3 tout jeunes.
 Bouillet, 2 à 9 mois et à 1 jour.
 Tardivel, 2 à 1 an et à 2 ans.
 Thirion, 1 à 3 mois.
 Grosjean, 2 à 8 jours et à 3 semaines.
 Bourty, 12 jeunes.

Insuffisance de la mitrale et de la tricuspidé. — Insuffisance aortique. — Palpitations et oppression dès l'enfance. — Fièvres intermittentes. — 3 enfants morts jeunes.

Laurain, 54 ans, couturière, no 19, salle Saint-Vincent, Charité, 3 mars 1866.

Cette femme est réglée de 12 ans à 52. Ses palpitations paraissent à 12 ou 14 ans, et l'oppression date de la jeunesse. Vers 14 ans, elle a des fièvres tierces à Paris pendant 3 mois, elle tousse presque tous les hivers. Elle se marie à 25 ans et a 3 enfants qui meurent jeunes.

Les palpitations ont augmenté depuis la ménopause : l'enflure des jambes ne date que de 6 semaines.

Rétrécissement et insuffisance de la mitrale. — Insuffisance de la tricuspidé. — Rhumatisme articulaire aigu à 7 ans. — Palpitations. — Six enfants morts jeunes, un seul vivant encore.

Bonenfant, 50 ans, matelassière, 7, salle Saint-Antoine, Hôtel-Dieu, 7 novembre 1865 ; meurt le 4 décembre.

A 7 ou 8 ans, elle a des douleurs de croissance et ressent à 12 des battements de cœur tels qu'elle perd connaissance. Jamais, auesi loin qu'elle se rappelle, elle n'a pu ni monter, ni courir.

Réglée à 13 ans, elle se marie à 22 et a 7 enfants à terme, le dernier a 38 ans : 6 meurent avant d'avoir atteint 4 ans. Elle n'a jamais eu d'accidents pendant ses grossesses ; ses jambes même n'enflaient pas. Elle perd ses règles à 44 ans et depuis cette époque, elle est toujours souffrante. L'enflure ne date que d'un an.

Insuffisance aortique. — Insuffisance mitrale. — Rhumatisme articulaire aigu. Palpitations. — Douze enfants morts jeunes.

Boursy, 67 ans, 2, salle Saint-Bernard, Hôtel-Dieu, 30 août 1865.

A 27 ans, elle a un rhumatisme articulaire aigu à la suite d'une couche et reste impotente 1 an. Les palpitations paraissent à 30 ou 35 ans. Elle a le dernier de ses 12 enfants à 42 ans. Les règles durent jusqu'à 48 ans.

Rétrécissement mitral. — Mal réglée. — Etouffement depuis l'âge de 20 ans, 3 enfants, dont 1 seul vit.

Naudet, 49 ans, femme de ménage, entre le 17 février 1860, salle Sainte-Madeleine, 3, Charité.

Réglée à 13 ans, assez mal jusqu'à 36 ans. Elle tousse et étouffe depuis l'âge de 20 ans. A cette époque elle a les mains enflées. A 21 ans, elle accouche. A 45, elle reste trois semaines à Necker pour ses étouffements et pour une paralysie du côté droit. A 47 ans, nouvelle attaque de paralysie, à gauche.

Remarque. — Les étouffements précèdent une des grossesses, sinon les trois (nous n'avons pas noté les dates des deux autres accouchements). Elle a toujours été mal réglée, mais elle a pu accoucher sans accident malgré sa maladie de cœur.

L'enfant peut mourir *n'ayant pas été extrait* par l'opération césarienne.

Ainsi on a constaté l'existence du fœtus, Mme B..., étant morte; le mari s'est opposé à l'opération; il est vrai que la grossesse était de 6 ou 7 mois environ.

La femme de la Maternité observée par M. Em. Dubois, meurt rapidement à 8 mois de grossesse; l'enfant n'est pas extrait.

Un certain nombre d'enfants *échappent* à la mort.

Rétrécissement mitral et insuffisance. — Insuffisance aortique.

Brouard, 39 ans, culottière. Salle Saint-Vincent, 4, 13 novembre 1865.

Dès l'âge de 6 ans, elle ne cesse de faire des maladies graves. A 18 ans, elle a une fièvre tierce et quarte qui dure 2 ans; puis une sciatique pendant 1 an. Réglée à 21 ans, mal, elle a des battements de cœur et de l'essoufflement dès l'âge de 25 ans. A 27 ans, elle a un enfant qui vit encore, mais depuis cette époque les hémoptysies, l'essoufflement et la toux ne la quittent pas. Elle est encore réglée.

Anévrysme de l'aorte. — Mal réglée, 5 enfants et une fausse couche.

Braune, 32 ans, entre salle Sainte-Madeleine, 5, Charité, le 11 septembre 1856.

Vers l'âge de 17 ans, elle est malade 2 mois; à 18 ans, elle est réglée, mal en général. A 20 ans, un médecin de Sarrebourg lui aurait dit qu'elle avait un anévrysme. Sur 5 enfants, deux lui restent; enfin elle fait une fausse couche l'hiver dernier. Les hémoptysies, l'enflure des jambes datent de 14 mois et les palpitations de 3 mois.

Parfois l'opération césarienne soustrait l'enfant à la mort; nous

reproduisons plus loin l'observation de la femme Guillemot empruntée à la thèse de Campbell.

Enfin Dubreuilh de Bordeaux a provoqué avec succès pour la mère et pour l'enfant, l'accouchement à 7 mois $1/2$.

Nous voyons que 40 femmes n'élèvent que 14 enfants au delà de 5 ans.

Bailly, a un enfant de 9 ans.

Tissot, a 2 enfants de 22 ans et de 14.

Bonenfant a 1 enfant de 38 ans.

Brouard, a un enfant de 12 ans.

Bouillet, a un enfant de 12 ans.

Brunet, a un enfant de 13 ans.

Loiseau, a 1 enfant de 12 ans.

Braune, a 2 enfants qui paraissent avoir plus de 5 ans.

Tardivel, a 3 enfants qui paraissent avoir plus de 5 ans.

Le Césarien Guillemot, a vécu plus de 7 ans.

Ceci donne un total de 14 enfants ayant dépassé 5 ans pour 40 femmes.

Mais à ce chiffre de 14, il faut ajouter les enfants qui n'ayant pas encore atteint 5 ans au moment où j'examinais les femmes, ont pu non-seulement atteindre, mais dépasser les 5 ans. Malgré cette compensation, si à la série des femmes qui ont perdu leurs enfants avant ou peu de temps après la naissance, nous ajoutons les *femmes qui n'ont pas eu d'enfants* (en partie parce qu'elles étaient atteintes de maladie cardiaque) nous arrivons à cette conclusion que : du côté des enfants la perte est énorme.

Stérilité. — Rhumatisme articulaire aigu. — Souffle au premier temps.

Michel, 23 ans, domestique, salle Saint-Raphaël, Hôtel-Dieu, 1873.

De tout temps elle est sujette à d'abondantes épistaxis. A 10 ans elle a une fièvre typhoïde grave. Les règles paraissent à 13 ans, ne sont jamais régulières, et coulent très-peu. A 23 ans un rhumatisme articulaire aigu intense la retient au lit plus de trois mois ; les palpitations datent de cette époque.

Jamais elle n'a eu ni pertes, ni fausse couche, ni grossesse. Elle est stérile. On entend un souffle à la pointe et au premier temps.

Rhumatismes articulaires aigus. — Pas d'enfant. — Réglée à 16 ou 17 ans. —

Stérilité pouvant être rattachée à la lésion du cœur (rétrécissement mitral, insuffisance aortique) la femme étant mariée.

Hamel, 37 ans, cuisinière, mariée, 11 juin 1873. Vers l'âge de 10 ans, elle a un rhumatisme articulaire aigu qui la tient six mois au lit. Réglée

à 16 ou 17 ans, bien, très-peu, elle l'est encore. Pas de pertes, pas d'épistaxis. A 23 ans inflammation du bas-ventre, trois semaines d'alitement. A 24 ans, rhumatisme articulaire aigu, six semaines de lit. Mariée à 24 ans et demi. Pas d'enfant. A 28 ans, rhumatisme articulaire aigu et fluxion de poitrine, malade cinq mois. Palpitations. A 33 ans, quatrième rhumatisme ; trois semaines de lit. Fièvre intermittente tierce pendant trois mois, six semaines après le rhumatisme. Les palpitations ont augmenté. Les jambes n'ont jamais été enflées. Souffle au second temps à la base. Ronflement à la pointe au second temps. Premier claquement fort, à la pointe. Pouls radial régulier, très-dicote à 60. Ongles un peu violâtres. Peau jaunâtre.

Rétrécissement mitral. -- Stérilité.

Tapret, 30 ans, domestique, née à Châlons (Marne), entre le 30 août 1873 salle Saint-Pierre. Hôtel-Dieu.

13 septembre. A 2 ou 3 ans elle a la rougeole et semble avoir eu des épistaxis pendant toute sa jeunesse jusqu'à 12 ans ; à 15 ans elle est réglée, elle l'est mal et très-peu. Jamais elle ne garde le lit deux jours et n'a pas d'enfant, bien malgré elle. Il y a un an à la suite d'une suppression de règles par refroidissement elle est prise de palpitations, sans avoir de douleurs de jointures ; elle ne garde même pas le lit. Elle entre pour un crachement de sang et un mal de gorge.

Et cependant je trouve une insuffisance avec rétrécissement mitral. Souffle au premier temps, dédoublement du second claquement et roulement au second temps. Souffle à droite au premier temps. A la main claquement très-fort au premier temps et frémissement considérable au second temps. Battement du foie. Pouls redoublé, régulier, à 72. A son entrée elle avait les jambes enflées jusqu'au-dessus du genou.

Stérilité.

Dupont, 39 ans, bouchère, née à Paris, entrée le 20 juillet 1873, 18 salle Sainte-Anne. Charité.

18 septembre 1873. Scarlatine à 5 ans. Fièvre typhoïde très-forte à 11. Réglée à 20 ans, régulièrement et très-abondamment. Pas de règles depuis le 6 juillet. Pas de pertes. Pas d'épistaxis. Rhumatisme articulaire aigu le 15 juillet. Bruit rude au premier temps à la pointe. Elle ne sait pas pourquoi elle n'a pas eu d'enfant.

Rétrécissement mitral. — Palpitations dès l'enfance. — Pas d'enfant, non mariée.
— *Règles peu abondantes surtout depuis un an.*

Sauvat, 28 ans, domestique. Saint-Landry, 7, Hôtel-Dieu. Célibataire, 30 mai 1873.

Enfant elle a déjà des palpitations ; elle ne peut suivre ses sœurs. Réglée à 14 ans ; bien, perd très-peu depuis un an, régulièrement. Pas d'enfant. Vaccinée, variolée très-fortement à 18 ans. A 27 ans, trois mois à Lariboisière pour une fièvre typhoïde et une bronchite. Un peu de sang dans les crachats dernièrement. Les palpitations ont augmenté beaucoup depuis sa

fièvre typhoïde. Cœur non dilaté. Claquements très-forts au premier et au second temps. Dédoublément du second claquement. Roulement et frémissement au second temps. Pas de souffle en jet de vapeur. Premier claquement accompagné d'un peu de râpement. Jamais d'épistaxis.

Tandis que du côté des enfants nous trouvons une perte considérable, nous voyons au contraire la plupart des mères échapper à la mort, pendant la grossesse du moins, car nous ne prétendons pas que la maladie ne puisse pas être aggravée. *Les cas de mort pour la mère* sont beaucoup moins fréquents qu'on serait tenté de le croire; nous commencerons par eux.

Dans les deux premiers cas, l'opération césarienne n'a pas été pratiquée.

Rétrécissement mitral. — Tuberculisation presque certaine. — Mort à 7 mois de grossesse avant d'accoucher. — Pas d'opération césarienne.

Madame B... se marie à 25 ans; elle dit avoir eu de tout temps de la difficulté pour monter; elle accuse une rougeole grave à 18 ans, des bronchites, des hémoptysies. En 1864, l'année même de son mariage, je la soigne pour un rétrécissement mitral et une bronchite suspecte. En novembre 1865, je l'envoie à Hyères, elle est enceinte. Le 16 mars 1866, M. le docteur Vérignon m'écrit que l'oppression est toujours considérable, la figure violacée, le pouls à 140; les hémoptysies continuent; râles sous-crépitaux au-dessous des clavicules. Pas d'œdème des extrémités. L'enfant vit.

Le 19 mars, mort. Pas d'opération césarienne, le mari s'y oppose; d'ailleurs la grossesse ne dépasse pas beaucoup 7 mois:

Ici la mort est loin d'avoir été subite et la tuberculisation est presque certainement ajoutée à la lésion mitrale.

Hypertrophie du cœur. — Emphysème. — Mort rapide à 8 mois de grossesse. — Palpitations et dyspnée depuis plusieurs années. — Pas d'autopsie (Em. Dubois, ancien interne de la Maternité. Thèse de Campbell.)

En décembre 1874 entre à la Maternité une femme de 28 à 30 ans, enceinte de 8 mois et atteinte d'hypertrophie du cœur et d'emphysème pulmonaire. Depuis quelques années elle avait des palpitations et de la dyspnée qui avaient augmenté d'intensité à chaque grossesse. Quand Em. Dubois la voit à son entrée, il note: Respiration très-pénible, face livide, lèvres violacées, peau froide, pouls petit, difficilement senti à cause de l'œdème, infiltration des membres supérieurs et inférieurs ainsi que des parois abdominales. Battements du cœur sourds et tumultueux. En avant, respiration très-faible. En arrière, bruit respiratoire faible: râles muqueux et sibilants. Pas de signe de travail, Saignée de 200 grammes. Trois heures après, amélioration notable, puis tout à coup oppression plus marquée, perte de connaissance et mort au bout d'un quart d'heure; pas d'autopsie, pas d'opération césarienne.

L'observation suivante nous montre Campbell plus heureux : il extrait un enfant qui a vécu sept ans au moins.

Persistance du trou de Botal. — Mort subite à 8 mois 1/2 de grossesse. — Asphyxie par écume bronchique. — Opération césarienne. — Enfant vivant. (Campbell, thèse pour le doctorat, 1849.)

Guillemot, 23 ans, entre à la Maternité le 1^{er} novembre 1846, enceinte de 7 mois 1/2 environ. Teinte bistrée de la muqueuse labiale et légère apparence cyanosée des extrémités supérieures : c'est là un état habituel chez cette femme. Du reste, bonne conformation et bonne santé ordinairement. Deux grossesses antérieures suivies d'accouchements très-heureux. Bronchites répétées. Mort subite à 8 mois 1/2 de grossesse, tandis qu'elle travaillait. Opération césarienne par Campbell. L'enfant vivait encore à 7 ans.

Autopsie. — Cœur volumineux. Hypertrophie du ventricule gauche? L'oreille droite est énormément distendue par du sang noir coagulé : oreille gauche moins distendue que la droite. Membrane du trou de Botal mince, comme éraillée par endroits, présentant un orifice en forme de croissant qui fait communiquer largement les deux oreillettes. Poumons congestionnés, remplis de mucosités.

Dans les trois cas précédents les femmes sont mortes avant d'avoir été délivrées; dans les suivants elles meurent immédiatement après être accouchées.

Rétrécissement mitral considérable. — Palpitations violentes depuis quatre ans. — Mort subite immédiatement après un quatrième accouchement régulier. — Enfant vivant (Obs. de Fr. RAMSBOTHAM.)

Je fus prié par un de mes élèves d'assister à l'autopsie d'une femme âgée de 28 ans, morte subitement après être accouchée de son quatrième enfant. Elle éprouvait depuis quatre ans des palpitations violentes, et le plus léger exercice, surtout l'action de monter même très-lentement un escalier, l'essoufflaient beaucoup : elle toussait constamment et crachait de temps en temps un peu de sang. Le travail avait été facile et prompt : elle ne paraissait pas fatiguée. L'accoucheur liait le cordon, et s'aperçut que la mère avait quelques légers mouvements convulsifs ; il eut à peine le temps d'accourir auprès d'elle ; elle était morte.

Les viscères abdominaux étaient sains ; les poumons gorgés de sang, le cœur petit et très-flasque ; la mitrale très-épaisse admettait à peine l'extrémité du doigt. L'utérus était rétracté.

Rétrécissement et insuffisance aortique. — Pleuro-pneumonie. — Mort subite. — Enfant mort-né. — Autopsie (Mac Clintock, Union médicale, 7 juillet 1853.)

Le 19 juin 1845, M. Mac-Cowen fut appelé auprès d'Anna Baker, âgée de 21 ans, enceinte de son premier enfant ; elle présentait des symptômes de pleuro-pneumonie gauche. Le 20 le travail débuta à 3 heures du matin et

s'accomplit en six heures. L'enfant était mort. La femme mourut immédiatement.

A l'autopsie, on constata : un œdème général, de la sérosité brunâtre dans le péricarde ; le cœur très-gros, le ventricule droit très-dilaté et à paroi très-mince, l'orifice aortique admettant à peine l'extrémité du petit doigt, à valvules dures et cartilagineuses, le cœur rempli de sang coagulé ; les plèvres fortement adhérentes et la plus grande partie du poumon hépatisée, l'utérus et les autres organes sains.

Rhumatisme articulaire aigu antécédent. — Palpitations. — Grossesse. — Orthopnée. — Accouchement à sept mois. — Mort huit heures après. — Insuffisance mitrale.

Crahet, femme Robin, 38 ans, journalière, entre dans les salles de la Clinique d'accouchements, n° 2, le 7 juillet 1873.

Elle se marie à 31 ans. A 32 ans, elle fait une fausse couche à la suite d'une peur, puis est alitée six semaines par un rhumatisme articulaire aigu. Plus tard, elle a 2 enfants à terme qui vivent encore. Au mois de septembre 1872, âgée de 37 ans, elle est malade à la suite d'une chute dans l'eau, tandis qu'elle a ses règles. L'essoufflement paraît ne dater que du mois de novembre, deux mois plus tard. Les règles paraissent pour la dernière fois au commencement du mois de décembre ; au début de la grossesse, on note des vomissements pendant trois ou quatre jours et de la toux qui persiste. Le 1^{er} juin 1873 apparaissent l'étouffement et l'enflure des jambes : cette femme ne peut plus se coucher. Tels sont les renseignements que me donne son mari.

Je copie maintenant le Bulletin de la Clinique. Date de l'entrée dans l'établissement, 7 juillet 1873, à 11 heures du matin.

Entrée dans la salle d'accouchements, idem.

Constitution bonne.

Conformation du bassin normale.

Etat habituel de la menstruation. Première époque à 13 ans, tous les mois, sept à huit jours.

Dernière apparition, premiers jours de décembre.

Époque présumée, sept mois.

Apparition des premières douleurs, neuf heures du soir, le 6 juillet.

Rupture des membranes artificielles, le 7 juillet à huit heures du soir.

Dilatation complète à 8 h. 20.

Heure et mode de terminaison à 8 h. 1/2. Sommet, occipito-iliaque gauche antérieure.

Durée totale, 23 h. 1/2.

Enfant masculin, faible, pesant 1,950 grammes.

Longueur totale, 44 centimètres.

Du sommet à l'ombilic, 24.

De l'ombilic aux talons, 20.

Diamètre occipito-frontal, 11 cent.

— occipito mentonnier, 12.

Diamètre bipariétal, 9.

— sous-occipito bregmatique, 9.

Longueur du cordon 58 centim.

La femme meurt huit heures après l'accouchement, n'ayant pas présenté d'albumine.

M. Martel, externe du service, a noté à l'autopsie un œdème général, une insuffisance et des végétations de la mitrale.

L'enfant envoyé en nourrice est mort le 18 juillet.

N'y avait-il pas opportunité de pratiquer l'accouchement dès le commencement du mois de juin? Nous n'avons pour juger ce que peut produire cette opération, que deux observations : nous les donnons à la fin de notre travail.

M. le docteur Moissenet m'a cité un cas de *mort rapide* chez une primipare de 22 ans qu'on avait laissée se marier, atteinte de maladie du cœur.

M. le Dr Duboué, de Pau m'a rapporté l'observation d'une jeune femme atteinte de lésion cardiaque et *morte quelques jours après son accouchement*.

M. Bernutz m'a cité *un cas de mort* dans les mêmes conditions.

Le nombre de ces morts rapides est assez restreint.

Un intervalle plus ou moins long peut séparer la mort et le dernier accouchement.

Monot meurt 15 mois après le dernier accouchement ;

Scherniska, 2 ans ;

Pinseau, 8 ans ;

Bonenfant, 12 ans ;

Menier, 17 ans ;

Boursy, 25 ans.

Palpitations datant de dix ans ; 3 enfants mort-nés. — Albuminurie. — Insuffisance mitrale et aortique. — Eclampsie. — Mort un mois après la couche. Autopsie.

Perrin, couturière, 28 ans, entre, Ste-Madeleine, 10, le 29 novembre 1864, et meurt le 6 décembre.

Elle est accouchée à Lariboisière il y a un mois, y est restée trois semaines, et est sortie il y a quelques jours. L'anxiété est extrême, le pouls irrégulier, petit, à 132, puis à 60. Pouls veineux considérable. Cœur gros. Souffle énorme occupant toute la partie inférieure du cœur. Double souffle au niveau de l'orifice aortique. Anasarque. Albuminurie.

Autopsie le 7 décembre. — Le cœur est hypertrophié et dilaté. Le péricarde est injecté sur toute sa surface, le muscle hyperémié. Les bords des valvules sont rouges, quelques végétations sont attachées à la mitrale qui

présente sur son bord des dents de poisson : essayée par l'eau, elle est légèrement insuffisante ainsi que l'orifice aortique. L'aorte est plaquée d'athéromes. La surface des reins est inégale et couturée. Granulations miliaries et dépressions au sommet d'un des poumons.

Grossesse compliquée d'accidents cardiaques graves. — Accouchement avant terme. — Enfant vivant. — Mort de la mère deux mois après : par le Dr VICTOR ICARD, (Gironde), 9 mars 1854. Union médicale.

Vers le mois de juin 1871, je fus consulté par la femme P... pour des essoufflements avec toux très-fréquente, surtout la nuit. Agée d'environ 23 ans, elle avait eu deux ans auparavant un accouchement très-heureux sans complication et jouissait d'une santé très-bonne. Elle était enceinte de six mois ; depuis peu de temps, ses jambes étaient enflées, et elle ne pouvait pas respirer lorsqu'elle montait les escaliers. Au niveau de la région précordiale, matité anormale et bruit râpeux bien caractérisé avec frémissement cataire. Pouls à 110, intermittent. Respiration anhélanter. Diagnostic : Hypertrophie du cœur avec rétrécissement probable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Broncho-pneumonie. Au commencement d'août apparaissent quelques accès éclamptiformes de courte durée. Huit jours après, la femme P... accouche d'un enfant mâle très-bien portant. Un mois environ plus tard, la femme P... se plaint de nouveau de gêne excessive en respirant, avec un état d'angoisse et de malaise inexprimables ; des syncopes surviennent. Elle perd l'appétit ; l'infiltration envahit les cuisses et bientôt après l'abdomen. Vers le milieu de septembre, son état est des plus alarmants ; elle éprouve de temps en temps, surtout pendant la nuit, des accès de suffocation ; la gêne de la respiration est extrême et la malade étouffe. M. Icard tire de l'abdomen 7 à 8 litres de sérosité. La malade est soulagée, mais quelques jours après l'infiltration gagne la poitrine et les membres supérieurs ; il y a du délire et du coma, la dyspnée devient excessive, et la malade meurt asphyxiée vers la fin de septembre.

Insuffisance mitrale. — Palpitations dès l'enfance. — Rhumatisme articulaire aigu. — Grossesse. — Mort deux ans après.

Hemmen, 22 ans, couturière, entre à la salle Ste-Madeleine, Charité, le 21 décembre 1867, et meurt le 22 janvier 1868.

Dès son enfance, elle a des palpitations, et ne peut pas courir ; de tout temps, elle tousse et est souffrante. Jeune, elle est alitée six mois pour une fièvre typhoïde. A 19 ans, elle a des douleurs limitées aux bras pendant trois mois. A 20 ans, elle accouche d'un enfant se présentant par les pieds, peut-être non à terme. A 21 ans, elle a une hémoptysie, et n'est plus réglée. Nouvelles douleurs, il y a six jours. Jamais ses jambes n'ont été enflées. Le pouls est très-fréquent, très-inégal, très-irrégulier. Signes de l'insuffisance mitrale.

Autopsie le 24 janvier 1868. — La bicuspidie très-altérée présente un bord épais surtout pour la petite lame.

L'accouchement chez une femme atteinte de lésion des valvules du cœur est donc loin d'être toujours *immédiatement* funeste.

Aux femmes dont nous avons pu constater la mort à une époque plus ou moins éloignée du dernier accouchement, il faut ajouter celles qui, *vivant encore au moment de notre examen*, ont pu sans doute mourir le lendemain, mais ont pu aussi fournir une longue carrière.

M. le professeur Depaul me rapporte que la femme d'un pasteur protestant, atteinte d'une maladie du cœur grave, est accouchée deux fois et aujourd'hui, *dix ans plus tard*, elle se porte aussi bien qu'avant ses grossesses; ses enfants vivent encore.

Flachat existe 3 semaines après le dernier accouchement.

Raquillet.	3 semaines.
Toussaint.	4 mois.
Lemaire	2 —
Poulet	4 —
Curteley	8 —
Braune	9 —
Toussaint	1 an.
Margotin	1 —
X (obs. de Peter).	1 —
Tissot	3 —
Martin	7 —
Loiseau	10 —
Brouard	12 —
Pialat	14 —
Gourio.	15 —

(A suivre.)

LES LYMPHATIQUES UTÉRINS

ET

LEUR RÔLE DANS LA PATHOLOGIE UTÉRINE

(Fin)

Par le Dr **Just Lucas-Championnière**,

Chirurgien des hôpitaux,

Membre de la Société de chirurgie.

CARACTÈRES SPÉCIAUX DES LYMPHATIQUES ; ILS SONT BIEN DIFFÉRENTS
DES VEINES.

Ce sont des dissections sur les utérus de femmes mortes d'accidents puerpéraux qui ont servi de point de départ à tout ce travail.

Je n'ai pas pris la peine de décrire à nouveau les lymphatiques, ces

vaisseaux que j'ai observés tant de fois. Je l'avais fait très-complètement en 1870. On a bien dit et écrit que ces vaisseaux n'étaient pas toujours les mêmes, que les mêmes accidents appartenait à la phlébite. J'affirme que non; quiconque voudra reprendre des dissections sérieuses, retrouvera les mêmes faits en correspondance avec les mêmes symptômes.

Il y a sans doute des cas simples qui forcent la conviction; mais si les altérations sont profondes et multiples, les organes sont modifiés. Au premier abord, rien n'indique les vaisseaux malades, et, si on les rencontre, rien ne prouve qu'ils soient lymphatiques plutôt que veines. C'est par la considération d'un ensemble de caractères qu'il faut déterminer la nature des vaisseaux :

Le siège des vaisseaux;

La couleur blanche du pus, sans teinte rougeâtre, sans aucun mélange de sang ;

La présence d'une paroi lisse et blanchâtre;

Le pus peut être épais comme de la crème ;

On voit souvent dans le vaisseau une sorte de caillot blanc presque transparent.

Sur la paroi des vaisseaux dans l'utérus et en dehors, quand on fait des injections mercurielles, il n'est pas rare d'étudier les valvules, qui n'existent point aux veines dans l'intérieur de l'utérus, et guère dans celles du dehors.

On suit quelquefois les vaisseaux purulents jusqu'aux ganglions; ceux-ci sont souvent malades.

Dans les cas que j'ai pu dire lymphangite, je n'ai jamais trouvé d'abcès métastatiques du foie ou du poumon. Dans les cas rares de phlébite que j'ai observés, ils étaient la règle. Je pourrais dire que je les ai toujours observés.

On peut faire plus ; sur le même utérus atteint à la fois de phlébite et de lymphangite, il est facile, en disséquant, de faire distinguer les veines malades des lymphatiques malades ; je l'ai encore montré tout dernièrement. La phlébite de l'utérus est d'aspect identique à la phlébite pour toute autre région, on y trouve les mêmes caillots, les mêmes liquides purulents, puriformes, rouges et noirâtres. On trouve les vaisseaux immédiatement sous le placenta. Au dehors de l'utérus, on peut les suivre en continuité avec les grosses veines. Je l'ai toujours trouvée accompagnée d'abcès métastatiques.

Fort rarement j'ai trouvé ces caractères, et, dans mes nombreuses

observations, je n'en ai que peu d'absolument probantes pour la phlébite, et j'ai pourtant observé à des époques multiples et bien éloignées et dans des milieux bien différents.

C'est encore à l'étude de ces vaisseaux et de leurs valvules que se rattachent certains abcès de l'utérus et certains kystes. Je n'y reviens pas cette fois et les signale comme une forme de distension extrême des lymphatiques par le pus.

Je crois ces observations anatomiques et cliniques si complètes qu'elles donnent le droit de dire qu'il y a eu lymphangite même quand, le pus manquant dans les vaisseaux, les symptômes, les douleurs locales et la nature des complications, ont été caractéristiques. Cela ne me paraît pas plus surprenant que de constater l'absence de pus et même d'augmentation de volume dans les lymphatiques d'un membre qui, pendant la vie, a présenté les trainées dures, douloureuses et caractéristiques de la lymphangite superficielle; dans ce cas pourtant on se garde bien de conclure qu'il n'y a pas eu lymphangite.

J'ai insisté surtout sur les apparences qui frappent dans toutes les autopsies. A quiconque ne sera pas convaincu par mes assertions et par mon expérience de dissections antérieures, il est facile de reprendre ces dissections. Elles donneront le même résultat si on les poursuit avec une patience suffisante; mais il ne faut pas oublier qu'il y a des obstacles matériels sérieux et qu'il serait injuste, de la part d'un observateur, de nier ces descriptions après s'être contenté de consacrer une demi-heure de temps à la dissection du premier utérus venu.

APPLICATION DES ÉTUDES PRÉCÉDENTES AUX DOCTRINES RELATIVES AUX ACCIDENTS PUERPÉRAUX.

Il n'y a guère d'auteur, écrivant sur le même sujet, qui n'ait peu, ou beaucoup, donné son avis sur la nature des accidents puerpéraux. Je ne voudrais pas tenter à mon tour de discuter à fond cette question. Cependant de l'histoire de lymphangite telle que je l'ai présentée, il ressort un point capital, la parenté des accidents légers et des accidents graves de la puerpéralité. C'est un point cliniquement mis en relief par nombre d'auteurs, M. Béhier l'a développé de toutes façons; M. F. Guyon dans ses écrits et dans sa pratique y a largement insisté. J'en ai donné l'explication anatomique et théorique, permettant d'envisager les complications puerpérales sous un jour nouveau.

Les auteurs paraissent avoir presque renoncé maintenant à considérer la fièvre puerpérale, comme une fièvre essentielle possible sans

lésions. La difficulté ou pour mieux dire l'impossibilité de retrouver ce cas sans lésion arrête le théoricien.

Pourtant la dénomination se conserve, et on pense pouvoir désigner ainsi un groupe complexe, un rassemblement de malades succombant à des lésions diverses. Des auteurs comme M. Hervieux pour désigner une cause commune et des lésions diverses disent que ce sont toutes maladies causées par le poison puerpéral qui varie ses manifestations puerpérales à l'infini ; d'autres disent septicémie puerpérale, pyohémie puerpérale, infection purulente puerpérale, etc.

Mais la variété extrême des lésions a été singulièrement exagérée. On voit bien des différences dans la marche, les lésions au fond sont les mêmes. La prétendue dissemblance des épidémies consiste surtout dans la variété des complications avec une lésion fondamentale constante. La lecture des auteurs me paraît à cet égard confirmer absolument ce que j'ai observé depuis quinze ans dans des hôpitaux et dans des temps différents.

On a vraiment quelquefois désigné sous le nom de fièvre puerpérale des suites de couches mortelles par phlébite, par pneumonie, même par fièvre typhoïde. Il faut même croire que la phlébite a pu se multiplier dans certaines circonstances et mérite une histoire à part. Mais, dans l'immense majorité des cas, la fièvre puerpérale est une lymphangite.

Sous cette désignation, l'affection puerpérale cesse d'échapper aux lois de la pathologie générale; ce n'est plus cet être mystérieux et subtil que l'on a décrit ne frappant jamais que pour faire mourir. Ici comme pour toutes les autres misères de l'organisme, il y a des cas légers et des cas graves.

Il n'est pas possible d'admettre qu'il existe une maladie distincte de toutes les autres, qui ne guérit jamais. On peut dire seulement que dans certaines conditions les formes graves ne guérissent guère, encore j'admets que parmi ces formes graves il y en a qui guérissent.

Chez la femme qui accouche les dispositions premières aux accidents existent toujours, mais ceux-ci se développent légers ou graves suivant les conditions diverses.

Les modifications suivant les épidémies et suivant les prédispositions individuelles sont réelles. Montrons enfin que tous les caractères de la fièvre puerpérale, épidémicité, contagiosité que l'on a donnés comme attributs d'une fièvre puerpérale essentielle, sont absolument compatibles avec ce que nous savons de la lymphangite.

Lymphangite et péritonite pour la fréquence ne font qu'un.

Cette fréquence s'explique par une condition anatomique propre à l'utérus : le volume des vaisseaux lymphatiques, leur situation en des points souvent déchirés, ulcérés, irrités, baignant fréquemment dans des liquides putrides.

Cette cause organique est l'origine du développement de la fièvre puerpérale sporadique, beaucoup plus commune qu'on ne le dit, même dans les milieux sains ; mais là, beaucoup moins grave. Les femmes même à la campagne ont des lymphangites légères et graves, mais elles guérissent mieux. Cela est vrai et bien dans l'ordre des choses communes. Le grand nombre des femmes qui accouchées en province viennent consulter plus tard à Paris pour des lésions utérines et péri-utérines suites de couche, en donne la meilleure preuve. Elles n'ont pas été épargnées des atteintes du mal, mais dans un milieu favorable, elles ont résisté.

Au point de vue du génie épidémique, y a-t-il pour son influence un terrain plus favorable que le système lymphatique ? Pour ma part, je ne doute pas de l'érysipèle et de la lymphangite épidémique, et c'est pourquoi j'admets absolument les *épidémies de lymphangite puerpérale*.

Mais dira-t-on un tel mal ne saurait être contagieux, il ne le serait pas surtout comme les maladies dites fièvres, il ne pourrait s'insinuer avec la personne de l'accoucheur voyageant dans quelques fentes épidermiques oubliées par le savon, sur ses vêtements et dans sa barbe.

Je ne vois pas du tout pourquoi cette lymphangite spéciale ne serait pas contagieuse comme l'érysipèle ou la lymphangite superficielle, et comme d'autres lésions locales. J'accorde pourtant que cette doctrine cadre mal avec l'étonnante contagiosité prêtée à la fièvre puerpérale. Mais précisément je considère que cette contagiosité est loin de donner les résultats qu'on lui attribue.

Le rôle de la contagion, dans certaines conditions, ne me paraît pas contestable ; mais il ne faut pas imaginer que ses effets soient pris sur le fait à tout instant et même communément, comme pour la variole, par exemple.

Je connais tous les faits merveilleux sur la contagiosité puerpérale. Il me paraît difficile de les rejeter, mais plus difficile de les interpréter, qu'on ne l'a dit ; ils ont été souvent présentés d'une manière très-habile, avec de faciles déductions, avec des chiffres groupés de façon à attirer la conviction. Beaucoup d'auteurs en ont été émus. Ceux,

surtout, qui ont étudié la fièvre puerpérale, sans en voir que peu ou point, y ont puisé des convictions inébranlables.

Je trouve le cas plus difficile; car, quiconque a passé dans les maternités, a suivi les accouchements, vivant en quelque sorte au milieu des épidémies, a dû être frappé des faits négatifs, dont on ne parle jamais, et l'on pourrait, à ce sujet, rapporter des histoires aussi curieuses que celles auxquelles je faisais allusion.

Pour ma part, j'ai tenu registre, dans une maternité, de tous les incidents propres à favoriser la contagion, et, pendant une année, j'ai recueilli surtout des faits négatifs. Qu'on me permette de citer, entre autres, le fait suivant recueilli en 1867 à la maternité de Cochin.

Un jour de mardi-gras, deux infirmières eurent l'idée singulière de se déguiser en homme, pour simuler la visite dans les salles; elles prirent pour vêtements les habits que le chef de service et l'interne destinaient aux autopsies. A cette époque, il était de règle, à la maternité citée, de ne jamais aller à l'amphithéâtre avec les habits de visite.

Précisément parce qu'on portait à l'amphithéâtre des habits spéciaux, on ne prenait pas de soin de les garantir de taches, même ils n'étaient guère nettoyés. Je puis affirmer que sur les manches de ces habits, qui servaient depuis longtemps, il y avait du pus et des résidus organiques de toutes sortes, provenant de femmes mortes de fièvre puerpérale.

Les deux infirmières parcoururent les trois salles où se trouvaient les nouvelles accouchées, au nombre de 25 à 30; Allant au lit des femmes, palpant le pouls, palpant le ventre. En arrivant pour faire une visite le soir, je surpris la mascarade; je suis donc sûr du fait. Je pris mes notes avec anxiété les jours suivants, et, dans la quinzaine qui suivit, toutes les femmes présentes ce jour dans les salles étaient parties sans avoir présenté d'accident.

Il me serait facile de citer des faits analogues, où des femmes ont été soumises à des causes de contagion qui devraient amener, à coup sûr, la fièvre puerpérale, si on croyait à la contagiosité quand même.

Aussi, j'admets la contagion; je la trouve suffisante pour qu'il soit du devoir de l'accoucheur de prendre contre elle toutes les précautions raisonnables; j'admets surtout son rôle comme cause déterminante dans une épidémie, mais je rejette les idées sur la subtilité de cette contagion merveilleuse, sans pareille dans l'histoire pathologique.

La maladie est contagieuse; toucher le col utérin avec des doigts malpropres, l'engendrera probablement. Mais cette contagion n'a rien que de compatible avec une maladie organique et non mystérieuse.

Dans un milieu infecté, dans un temps d'épidémie, les caractères généraux du mal prendront une importance inconnue, en d'autres circonstances, aux complications puerpérales lymphangitiques.

La gravité extrême des accidents puerpéraux peut dépendre du fait du mal, de la lymphangite, dans un réseau lymphatique prodigieusement développé. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui se voit pour certaines dilatations lymphatiques dont les blessures ont été suivies d'accidents formidables, presque foudroyants; Nélaton, M. Trélat ont cité de ces faits.

La gravité peut tenir au caractère épidémique, à la malignité de la lymphangite. On observe bien ce caractère sur les membres, à plus forte raison l'observe-t-on sur l'utérus.

La gravité peut dépendre dans d'autres cas de l'extension de la péritonite; dans d'autres cas, enfin, des complications communes sur les séreuses, péritoine, péricarde, arachnoïde, synoviales.

Peut-on admettre l'infection directe sans inflammation des lymphatiques par transport dans le sang de matériaux putrides. La possibilité en est évidente. Remarquons toutefois que les curieuses observations de rétention du placenta, rapportées par moi, montraient combien rapidement le pus se développe dans les lymphatiques, combien ils s'enflamment vivement.

Que par ces lymphatiques enflammés, l'individu s'intoxique rapidement, cela n'est pas douteux.

Faut-il croire pour cela au poison protéen, absorbable par toutes voies qui se transforme en toutes lésions pathologiques depuis la péritonite jusqu'aux abcès métastatiques; certainement non, la chose est trop simple ou trop compliquée. Trop simple, à cause du mode non vérifié de l'intoxication; trop compliquée par la division à l'extrême des maladies, qui ne peuvent être considérées comme des maladies primordiales, mais comme des complications. Les progrès de la pathologie justifient rarement les subdivisions trop multipliées.

En quelques mots, et, pour conclure, une accouchée est une blessée, d'une région spéciale où les lymphatiques sont nombreux et où les liquides stagnent, Elle est susceptible d'accidents divers, mais surtout de la lymphangite.

En temps ordinaire, celle-ci n'est pas rare et communément bénî-

gne. Sous des influences de lieux ou d'épidémie, la gravité, la malignité de celle-ci se développe. Mais le système lymphatique avec sa susceptibilité particulière a presque toujours été le point de départ; et la prédominance de ces accidents est telle que l'on pourrait dire, sans grande exagération, que si l'utérus n'avait pas de lymphatiques, les épidémies de fièvre puerpérale n'existeraient pas.

APPLICATIONS PRATIQUES DES ÉTUDES SUR LA LYMPHANGITE.

Des développements théoriques d'une étendue pareille manqueraient leur but s'ils n'amenaient pas à des applications pratiques. Ceux-ci me paraissent particulièrement fertiles en déductions utiles.

Je me réserve d'exposer dans un travail plus complet ce qui a trait à la thérapeutique, me contentant d'indiquer cette fois dans quel sens est poussé l'accoucheur ou le gynécologue qui veut éviter ou guérir les accidents lymphangitiques. Ce n'est pas innover sans doute mais attirer une fois de plus l'attention sur des points de haute importance.

Plus que toute autre théorie celle-ci nous pousse à prendre des soins prophylactiques et à redouter les moindres accidents locaux.

Pour la femme grosse et la femme en couche, que l'on ait toujours présent à l'esprit l'imminence de la lymphangite, et on respectera le col de l'utérus, on ne le tourmentera pas de manœuvres intempestives. Une fois l'accouchement terminé, s'il est sage de veiller à ce que l'utérus se vide des matières putrides, il est encore important de ne le point tourmenter. L'excès de la propreté, des lavages, des injections, des extractions de caillots, est aussi nuisible que l'excès de la négligence. Avec la théorie du poison puerpéral, il suffirait d'établir un courant d'eau dans l'utérus à titre de prophylaxie. Rien ne serait plus contraire à ce que nous observons tous les jours.

J'ai déjà dit, au point de vue opératoire, que lorsque le travail se prolongeait, amenant des compressions du col, du vagin, il était sage d'aider les forces de la nature; l'application du forceps par une main prudente et exercée, est moins nuisible que la prolongation du travail exagérant la contusion des plaies naturelles. J'en ai eu de beaux exemples en appliquant le forceps pendant une épidémie, à plusieurs reprises; ceci est contraire à ce qu'on pense généralement du traumatisme, mais pourtant très-rationnel.

Que l'accouchement [ait été naturel ou terminé artificiellement, s'il survient des accidents douloureux, ils doivent être attaqués sans re-

tard, car ils annoncent des lésions qui peuvent être le point de départ de complications locales ou générales.

Contre ces sortes d'accidents, les révulsifs, les évacuants, sont d'importance capitale ; là, comme pour les lymphangites externes.

La valeur du sulfate de quinine contre les accidents de la fièvre et de l'intoxication a été contestée à tort, et surtout parce que les doses n'avaient pas été suffisamment élevées.

En tenant compte des moindres faits qui surviennent dans le sens que j'ai indiqué, on évitera les complications des accidents bénins et la légion des accidents utérins ultérieurs qui en est la conséquence.

Pour toute la pathologie utérine, si'on admet la lymphangite, on se gardera de négliger les déchirures et les lésions du col de l'utérus ; on les soignera quoiqu'en veuillent les pathologistes qui tiennent peu de compte des lésions locales du col pour concentrer tout traitement sur l'état général.

Mais aussi faudra-t-il renoncer à cette thérapeutique brutale, qui, Dieu merci, tend à disparaître, et qui ne s'arrête que, lorsque sur le col et autour de lui, elle a créé des lésions irréparables.

Ou conçoit *a priori* toute l'importance de bien des détails de thérapeutique impossibles à exposer ici. Tout ce qu'il est possible de dire c'est que si ces développements sont acceptés, ils contribueront à favoriser une thérapeutique de modération. Ils apprendront aussi à éviter une partie des accidents communs de la chirurgie utérine, ainsi qu'il sera facile d'en donner des preuves.

DES PROGRÈS ACCOMPLIS DANS L'ÉTUDE DE LA LYMPHANGITE.

J'avais souhaité d'étudier, dans une revue bibliographique, tous les documents récents sur le même sujet. Ils sont si rares que cette revue sera rapidement faite.

Comme je l'ai déjà dit, j'ai constamment trouvé, depuis mon premier mémoire, les preuves directes de ce que j'avais avancé, dans des autopsies, dans des observations nouvelles. J'ai constamment retrouvé ce que j'avais avancé relativement à la fréquence de la lymphangite ; même, comme je l'avais prévu, je n'ai eu que de rares occasions d'étudier la phlébite.

Beaucoup d'amis, de contemporains, de mes élèves, ont fait les mêmes recherches, et tous ceux que j'ai interrogés ne m'ont pas signalé de faits négatifs. Tout récemment, mon excellent ami, le doc-

teur Guichard (d'Angers), me disait qu'il avait observé une épidémie à Angers, où il avait trouvé identiquement les mêmes faits. On voit que le changement de lieu ne change pas la nature des lésions. Les observations de M. Siredey, avec qui j'ai souvent travaillé, nous ont associé dans des conditions communes, et je montrerai plus loin comment, reprenant la question, il a développé l'histoire clinique et le diagnostic différentiel signalant des faits très-importants.

De plusieurs côtés sont préparés des travaux intéressants sur le même sujet, dont je ne puis encore parler. Parmi ceux publiés, il faut citer presque tous ceux qui ont été écrits sur la fièvre puerpérale dans ces dernières années; on a vu des auteurs faire jouer à la lymphangite un rôle très-important. Dans la récente discussion de la Société obstétricale de Londres, on peut retrouver exprimée cette opinion.

D'autres, comme le D^r d'Espine, dans sa thèse sur la septicémie puerpérale (1), ont étudié les lymphatiques comme voie d'absorption pour les matières putrides intra-utérines. Nous retrouvons presque partout, et surtout dans cette dernière thèse, la distinction établie entre les phlébites avec abcès métastatiques, et les lymphangites où l'on observe les vaisseaux purulents et point d'abcès métastiques.

Un seul parmi les auteurs qui ont écrit récemment, a nié l'exactitude des faits que j'ai avancés. Je dois en dire un mot, à cause de l'importance de son livre sur les maladies puerpérales. On peut, du reste, signaler, à ce sujet, de singulières contradictions dans son texte. M. Hervieux (2) a emprunté à ma thèse, qu'il cite, toutes les descriptions des lymphatiques et de la lymphangite. Puis il affirme que j'ai exagéré, que c'est une maladie si rare qu'il ne l'a presque jamais vue en dix ans d'observations à la Maternité.

Il est vrai que pour qu'il admette un lymphatique, il faut qu'il soit disséqué jusqu'à son ganglion !

Cette restriction suffit à juger l'argumentation. Je ne sache pas qu'il vienne à l'idée d'un chirurgien ou d'un anatomiste, pour lier une artère ou une veine, de les suivre jusqu'au cœur pour être assuré de leur nature. Cependant, la prétention ne serait pas plus exagérée. Si

(1) D'Espine, contribution à l'étude de la septicémie puerpérale, thèse, Paris 1873.

(2) Hervieux. Traité clinique et pratique des maladies puerpérales. A. Delahaye, 1870. 2 vol.

j'ai quelque mérite, ce n'est que pour avoir étudié, avec beaucoup de précision, les caractères des lymphatiques, peu déterminés auparavant. Il est facile de voir, en lisant les observations de phlébite de M. Hervieux, qu'il ne s'est pas préoccupé de ces caractères différentiels. Je puis lui affirmer que pour les veines purulentes qu'il a décrites, non-seulement on ne les aurait pas suivies jusqu'au cœur, mais il n'auraient pas pu les conduire à un gros vaisseau veineux.

Le chiffre de mes observations était, du reste, beaucoup plus considérable que M. Hervieux ne semblait le croire. J'avais fait environ 100 autopsies, sur 59 desquelles j'avais conservé des notes. J'avais observé des épidémies différentes de temps et de lieu.

On me permettra, à cet égard, de signaler un fait très-intéressant : c'est que M. le professeur Béhier, qui a tant étudié la phlébite, n'a point ainsi rejeté *a priori* mes descriptions. Là où il a signalé de la phlébite, il admet qu'un scalpel patient démontre la nature lymphatique d'un vaisseau purulent ; il ne le met pas en doute ; mais ce qu'il veut qu'on retienne par-dessus tout, c'est qu'il y a un vaisseau purulent quel qu'il soit, c'est qu'il y a une lésion ; car on n'a point trouvé la fièvre puerpérale sans lésion.

Ceci nous mène à parler de la brochure de M. Siredey, *La fièvre puerpérale n'existe pas* (*Annales de Gynécologie*, 1875) (1). Montrant qu'il n'y a pas d'entité morbide de ce nom, M. Siredey rapporte les maladies des femmes en couche à diverses lésions parmi lesquelles la lymphangite joue le principal rôle, et il s'est attaché à en déterminer la symptomatologie, surtout pour faire le diagnostic différentiel avec la phlébite.

La douleur est plus marquée dans la lymphangite, les frissons se montrent plus tôt, plus près de l'accouchement et ne se répètent pas ; ils manquent quelquefois.

La température de l'angioleucite s'élève brusquement et reste au fastigium. Dans la phlébite, elle s'élève moins vite, et, subit des alternatives de très-haut et d'abaissement.

Les douleurs des culs-de-sac et l'œdème péricervical du début appartiennent à l'angioleucite.

La marche de la phlébite est moins rapide.

(1) Siredey. La fièvre puerpérale n'existe pas. Lauwereyns, 1875, brochure de 31 pages.

Rien qu'avec ces données le diagnostic peut presque toujours être fait avec sûreté, les autopsies en témoignent et pour notre part nous croyons bien démontrées les conclusions de M. Siredey, et nous signalons son travail comme le plus important sur la lymphangite.

Le dernier et le plus considérable parmi les travaux que je veux signaler, c'est le mémoire de M. Tilt à la Société obstétricale de Londres (1).

L'éminent gynécologue a accepté dans leur sens le plus large toutes nos descriptions. Son mémoire intitulé : *De la lymphangite dans la pathologie pelvienne*, est d'une grande portée. Il a beaucoup insisté sur l'absorption et le transport des matières septiques infectant les parties périphériques, sans suppuration des vaisseaux. Il a, dans le traitement insisté beaucoup sur la valeur de l'injection antiseptique intra-utérine pour enrayer les accidents. Sur presque tous les points, je suis en accord complet avec M. Tilt, sauf peut-être sur le processus de l'inflammation de l'ovaire qui complique les accidents puerpéraux, et je ne doute pas que les nouveaux développements donnés dans le travail actuel ne soient agréés par lui; je suis heureux d'avoir l'approbation d'une semblable autorité, et je crois qu'on trouvera dans la classification des accidents lymphangitiques donnés par M. Tilt des renseignements qui montrent bien toute l'extension et toute l'importance nécessaires de ces doctrines.

Il admet une lymphangite bénigne. Une lymphangite septicémique qui comprend les lymphangites ichorremiques, (traumatiques et puerpérales) blennorrhagiques, syphilitiques, cancéreuses.

Il divise les lésions de la lymphangite en primitives et secondaires.

Les primitives comprennent la cellulite, l'inflammation péri-utérine, abcès pelvien, abcès iliaque, bubons pelviens, péritonite, ovarite, salpingite. Les lésions secondaires sont les inflammations des séreuses, les inflammations des synoviales; l'inflammation de la rate.

Ayant beaucoup parlé au début du mémoire de M. Gerhard Léopold, je me contente de le citer en terminant (2).

(1) On lymphangitis in Pelvic pathology. Edward-Gaston Tilt. Transactions of the obstetrical Society of London 1874, 38 pages.

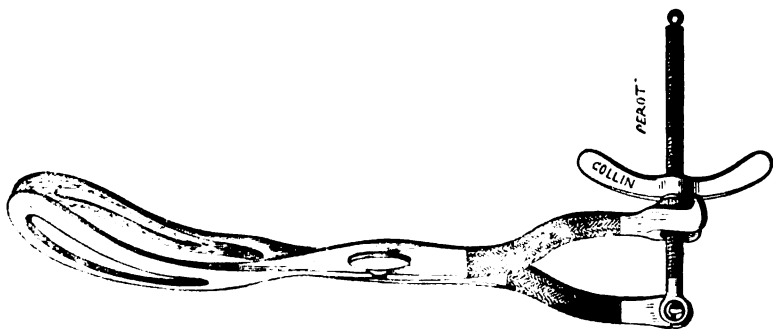
(2) Gerhard Léopold. Les lymphatiques de l'utérus normal, non gravide. Arch. 6, Gynack.

CEPHALOTRIBE FENÊTRÉ

Par le Dr **Bally**, agrégé libre.

(Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*.)

Ce céphalotribe, dont on voit la figure ci-contre, et que M. le professeur Depaul a bien voulu présenter en mon nom à l'Académie de médecine, séance du 4 février 1873, a été construit, au mois de mai 1872, sur mes indications, par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris. En le créant, j'ai eu pour but d'obtenir un instrument qui, tout en restant assez puissant pour broyer la tête d'un fœtus à terme, pût la saisir dans une plus grande étendue et surtout avec plus de sûreté que ne le fait le céphalotribe ordinaire, dont les mors, étroits et presque droits suivant les faces, saisissent mal et glissent trop souvent sur les côtés du crâne. Cette idée s'est offerte sans doute



plus d'une fois à l'esprit des praticiens, frappés comme moi des inconvénients du céphalotribe ordinaire; cependant, quelque simple qu'elle paraisse, il ne semble qu'elle ait été jusqu'ici, du moins en France, réalisée d'une façon satisfaisante, puisqu'on ne trouve aucun modèle courant d'un instrument de ce genre chez nos fabricants d'instruments de chirurgie. Celui que je propose aujourd'hui tient à la fois, par sa construction, du céphalotribe et du forceps. Il a la force du premier, les cuillers courbes suivant les faces et fenêtrées du second. Son appareil de compression est la vis à écrou mobile du céphalotribe de Blot. La longueur des mors, mesurée de l'articulation à l'extrémité des cuillers, est de 25 centimètres; leur plus grande largeur, de 48 millimètres, Quand l'instrument est articulé et fermé, son épaisseur la

plus grande, prise d'une face externe à l'autre des cuillers, ne dépasse pas 55 millimètres, et l'espace elliptique que circonscrivent celles-ci entre leurs faces internes, offre un diamètre transversal de 47 millimètres. En conséquence, ce céphalotribe pourra convenir dans les rétrécissements du bassin qui oscillent entre 65 et 95 millimètres, et qui forment la classe, de beaucoup la plus nombreuse, des rétrécissements pelviens.

Bien qu'au-dessous de 65 millimètres on ne puisse guère espérer terminer l'opération avec ce nouveau céphalotribe, il pourra cependant être encore utilement employé, dans les bassins de cette catégorie, pour pratiquer un premier broyement qui facilitera singulièrement ensuite l'application du céphalotribe ordinaire. Ce dernier, si l'avenir justifie mes prévisions, devra être réservé dorénavant pour les rétrécissements excessifs du bassin.

Je donne ci-dessous la relation, par ordre de dates, de treize céphalotripsies pratiquées avec mon instrument. Toutes ont eu un plein succès. Ces treize faits suffisent, je crois, pour juger définitivement mon céphalotribe, et permettent dès aujourd'hui d'affirmer que, suffisant sous le rapport de la puissance, il se montre, au point de vue de la facilité à saisir la tête et de la solidité de la prise, très-supérieur au céphalotribe ordinaire, et, par conséquent, réalise pleinement l'idée qui l'a inspiré, à savoir de rendre la céphalotripsie aussi facile et presque aussi simple que l'application du forceps.

Oss. I. — Mme F..., 29 ans, mesure seulement 1 m. 40 de hauteur. Cette brièveté de la taille ne peut être attribuée qu'à un simple arrêt de développement, car elle a marché tôt, et l'on ne découvre chez elle aucune déformation rachitique des os.

Première couche à terme, sans opération, il y a quatre ans. L'accouchement dure quatre jours et se termine par la naissance d'une fille mort-née, tuée par la longueur du travail. En 1872, deuxième grossesse, aujourd'hui à terme.

Premières douleurs ressenties le 24 janvier 1873, dans la matinée; rupture spontanée des membranes ce même jour, à 11 heures du soir. Contractions soutenues pendant la journée du 22 janvier, impuissantes toutefois à engager la tête fœtale dans le détroit abdominal, qui mesure 9 centimètres au plus d'avant en arrière. Après avoir essayé en vain d'extraire l'enfant au moyen du forceps, MM. les D^{rs} Cotard et Thierry, appelés dans la soirée, se décident à pratiquer la céphalotripsie. Un céphalotribe ordinaire est aisément appliqué par M. Thierry, chef de clinique adjoint d'accouchement à la Faculté, aujourd'hui professeur à l'École de médecine de Rouen; mais, malgré la précaution de fixer avec la main la tête sur le détroit, celle-

ci glisse et échappe dès qu'on rapproche les mors du céphalotribe. Trois applications successives ont le même insuccès.

MM. Cotard et Thierry m'ayant fait prier, vers 9 heures du soir, de me joindre à eux, je saisis cette occasion de faire l'essai du céphalotribe fenêtré. Après avoir perforé largement le crâne et l'avoir vidé autant que possible, mon instrument est appliqué. Je pus de suite me convaincre que ce premier temps de l'opération est, en raison de la forme des cuillers, plus facile qu'avec le céphalotribe ordinaire et diffère peu de l'application du forceps. La tête fut, du premier coup, saisie et broyée dans toute sa longueur, et quand je l'eus amenée au dehors, une cuiller du céphalotribe couvrait la joue droite jusqu'à la commissure labiale, tandis que l'autre cuiller, placée derrière l'oreille gauche, s'était avancée jusqu'à la partie supérieure du cou. L'écrasement était parfait, la tête prise avec la plus grande solidité, et ce premier résultat complètement satisfaisant.

L'enfant (garçon), très-volumineux, n'a pu être pesé faute de balances; j'évalue son poids à près de 4 kilogrammes, cerveau non compris. Délivrance naturelle; suites de couches heureuses.

Obs. II. — B..., femme R..., 41 ans, petite, constitution médiocre. Déformation rachitique du squelette des membres inférieurs. L'empreinte de cette maladie n'est pas moins évidente aux avant-bras, sur le crâne et sur le bassin. Longueur du diamètre sacro-pubien : 87 millimètres (après déduction).

Trois accouchements prématurés spontanés, aux termes de cinq, sept et huit mois. Trois couches à terme : l'une en présentation du siège, les deux autres par le crâne après un travail prolongé et une application de forceps. Les trois enfants, compromis par les difficultés de l'accouchement, n'ont vécu que quelques minutes. Arrivée cette fois au terme de la septième grossesse, la femme R... commence à souffrir le 1^{er} septembre 1873, à 2 heures du matin. Les contractions se succèdent avec force jusqu'au 2 septembre, à 3 h. du soir, date de l'arrivée à la salle d'accouchement, à la Clinique. A ce moment, le col est complètement dilaté; le crâne, à peine engagé dans le détroit supérieur, est recouvert d'un vaste œdème qui masque la position; les pulsations cardiaques sont nulles, et les liquides vaginaux exhalent cette fétidité particulière qui dénote un commencement de putréfaction du fœtus. L'état général est d'ailleurs satisfaisant.

La perforation du crâne est opérée avec le craniotôme de Blot, et la moitié au moins de la masse encéphalique est évacuée avant l'application du céphalotribe fenêtré, que j'emploie pour la seconde fois. Les cuillers de l'instrument saisissent du premier coup la tête et l'écrasent. J'en opère ensuite l'extraction sans difficulté et constate à ce moment, avec tous les assistants, que le crâne est saisi régulièrement par ses côtés, chaque cuiller couvrant une oreille et répondant par son extrémité à la partie antérieure du cou, qui se trouve elle-même saisie. Sans retirer l'instrument je mesure avec M. le Dr de Soyre, chef de clinique, le diamètre de la tête, du milieu d'une fenêtre à l'autre; il est de 36 millimètres, juste l'épaisseur totale du céphalotribe quand ses branches sont rapprochées.

L'enfant (fille), d'un volume ordinaire, pèse 2,700 grammes, non compris le poids du cerveau presque entièrement extrait du crâne. Au point de vue de la facilité des manœuvres, de la sûreté de l'écrasement, de la solidité de la prise du crâne, cette opération n'a rien laissé à désirer; telle fut, je crois l'impression des personnes présentes.

Après dix jours écoulés sans qu'aucun accident fût survenu, la femme R... quitte la Clinique sur sa demande.

Obs. III — Mme X..., âgée de 30 ans, a été malade dans sa première enfance, et n'a marché qu'à 5 ans.

En janvier 1871, elle accouche pour la première fois, à terme, d'une fille vivante, après un travail de trente heures, fort pénible et pendant lequel de l'ergot de seigle fut administré. Au dire de la sage-femme ce premier enfant se présentait par la face.

De nouveau enceinte vers la fin de l'année 1872, Mme X... commence à souffrir le 6 septembre 1873, dans la soirée. Ces douleurs persistent avec une intensité médiocre pendant les journées des 9 et 8 septembre. Appelé le lendemain matin, vers les 10 heures, par M. le Dr Dunoyer, son médecin, je trouve une femme petite, brune, d'apparence frêle. Sur les membres abdominaux on voit les déformations caractéristiques du rachitisme. La mensuration du bassin assigne au diamètre sacro-pubien 85 millimètres d'étendue (après déduction). Le crâne est maintenu fort élevé par le détroit abdominal; la fontanelle antérieure occupe à peu près le centre de cette ouverture; le front répond au pubis gauche. L'enfant vit.

A ce moment (10 heures du matin) les douleurs sont fortes, rapprochées, expulsives, la dilatation complète, les membranes intactes. A 2 heures de l'après-midi, même état: M. le Dr Dunoyer rompt les membranes.

A 10 heures du soir, la tête ne s'engageant pas, j'applique le forceps; mais malgré de puissants efforts d'extraction, reiterés pendant une demi-heure, le crâne reste immobile. Désespérant d'amener l'enfant entier, je pratique la craniotomie, et j'applique le céphalotribe fenêtré. La tête est saisie du premier coup et facilement extraite. Elle est prise de la manière suivante: la cuiller gauche (branche à pivot) couvre le pariétal droit de l'enfant, la portion écailleuse du temporal, et s'incruste dans le cou par sa pointe, tandis que la branche droite comprime la bosse frontale et la joue gauche dans toute son étendue. Le bord concave des cuillers regarde la face, qui s'est dégagée en avant sous les pubis. L'enfant (garçon), d'un volume plus que moyen, n'a pu être pesé. Délivrance naturelle.

Des tranchées douloureuses, accompagnées d'un certain degré de ballonnement du ventre et fréquence du pouls, qui m'avaient un instant inquiété, disparaissent complètement après l'expulsion de caillots volumineux que renfermait la matrice. A partir du troisième jour, les couches n'ont cessé d'être naturelles, et, deux semaines après son accouchement, Mme X..., déjà forte, commençait à se lever.

Obs. IV. — Madeleine L..., 34 ans, primipare, est amenée à la Clinique, en douleurs d'accouchement, le 25 septembre 1873, à 10 heures du matin. Elle

souffrait depuis trente-six heures, et les personnes qui l'assistaient, frappées des lenteurs du travail et soupçonnant un obstacle mécanique, nous l'adressaient pour parer aux difficultés qui pouvaient se produire. Cette femme, d'une taille ordinaire, d'une constitution forte et régulièrement conformée en apparence, a marché de bonne heure. A son arrivée, la dilatation commence à peine, et la tête de l'enfant est encore fort élevée, ce qui me fait soupçonner un peu d'étroitesse du bassin; pourtant, l'indicateur n'atteint ni le promontoire ni même la partie supérieure du sacrum.

Le lendemain, 26 septembre, à 1 heure de l'après-midi, après un travail de soixante-trois heures, compliqué d'une attaque d'éclampsie, la dilatation du col étant complète, j'applique le forceps au détroit supérieur.

Des tractions fortes et soutenues, renouvelées plusieurs fois pendant vingt-minutes, ne parviennent pas à engager le crâne dans l'excavation. La prolongation de ces efforts me paraissant dangereuse pour la mère, et bien que l'enfant vive encore, je pratique la craniotomie, puis la céphalotripsie, et amène sans difficulté au dehors un fort garçon de 3 kil. 430 gr., non comprise la masse encéphalique, complètement évacuée pendant l'opération.

La tête, saisie cette fois moins régulièrement que dans les opérations précédentes, a été écrasée dans sa portion crânienne seulement; la face a échappé à l'action directe de l'instrument; pourtant, celui-ci a tenu bon jusqu'à la fin et opéré facilement l'extraction.

Une double *phlegmatia dolens*, compliquée d'une eschare au sacrum, retient Madeleine L... à la Clinique jusqu'au 13 décembre 1873. A cette date, elle quitte l'hôpital complètement rétablie.

Obs. V. — Marguerite G..., femme L..., âgée de 30 ans, entre, le 30 septembre 1873, à la Clinique, où on l'amène à cause de la longue durée et des difficultés du travail. Née à Paris, de parents indigents, cette femme a été élevée dans les conditions hygiéniques les plus déplorables; aussi est-elle devenue promptement rachitique et n'a marché qu'à 6 ans. Elle est fort petite, d'apparence chétive, et présente une forte incurvation des fémurs et des tibias. Le bassin, mesuré avec soin à l'aide du doigt, offre 82 millimètres de diamètre sacro-pubien (après déduction).

Premier accouchement d'une fille vivante, il y a cinq ans et demi, après une application de forceps longue et laborieuse. Nouvelle grossesse vers la fin de l'année 1872. Début du travail le 28 septembre 1873, au matin; rupture spontanée des membranes le lendemain, à 8 heures du matin. Le 30 septembre, à 4 heures du soir, date de l'arrivée à l'hôpital, je trouve le ventre extrêmement proéminent; le col presque complètement dilaté, assez souple; le crâne en position O. I. G. A., non engagé dans le détroit abdominal; pulsations cardiaques nulles, écoulement abondant de méconium; douleurs fortes et rapprochées; altération des traits, pouls petit et fréquent, agitation extrême. Ce même jour, 30 septembre, à 10 heures du soir, je pratique la céphalotripsie, en présence de M. le Dr Charpentier, mon collègue à la Faculté; de M. Chantreuil, aujourd'hui professeur agrégé, et de plusieurs élèves. Après avoir évacué la plus grande quantité possible de substance

cérébrale, la tête est saisie facilement avec le céphalotribe fenêtré, écrasée du premier coup, puis extraite sans efforts. Elle est saisie dans le sens de sa longueur, et à peu près régulièrement par ses côtés. Garçon volumineux, du poids de 3 kil. 500 gr. (sans cerveau). Le volume considérable des épaules rend l'extraction du thorax assez difficile et exige le dégagement préalable des deux bras. Délivrance naturelle. Suites de couches absolument simples; l'opérée quitte l'hôpital le 3 octobre suivant. Je l'ai revue depuis parfaitement rétablie.

Obs. VI.— Mme G..., 165, boulevard de la Villette. 30 ans, brune, petite, replette, d'une bonne santé. Elle n'a marché qu'à 2 ans. Une sœur cadette, plus petite encore, a marché à 3 ans seulement.

Première couche spontanée, à terme, après trente-quatre heures d'un travail des plus pénibles; l'enfant, mort-né, aurait succombé pendant l'accouchement.

Arrivée au terme de sa seconde grossesse, Mme G... ressent les premières douleurs de l'enfantement le 8 novembre 1873, dans la matinée. Le lendemain, à 8 heures du matin, quand je la vois, appelé près d'elle par notre regrettable et distingué confrère Lempereur, je constate l'état suivant : 1° rétrécissement du bassin (8 cent. $\frac{1}{2}$ de diamètre sacro-pubien); 2° présentation du crâne encore très-élevé; 3° dilatation du col de 4 cent. environ; 4° contractions énergiques; 5° enfant vivant.

La dilatation du col ne se complète que le 9 novembre, dans l'après-midi, et à 5 heures et demie du soir, quand je revois Mme G..., je la trouve dans un état d'agitation qu'expliquent suffisamment deux jours de travail soutenu et vingt-cinq heures d'efforts expulsifs infructueux. La malheureuse change de place à chaque instant; la face est pâle, altérée, les lèvres fuligineuses, le poulx petit, à 120. Les contractions utérines sont toujours fréquentes et très-fortes. OEdème considérable de la tête fœtale, qui n'est nullement engagée. Enfant vivant. Une application de forceps, suivie de tractions énergiques, étant restée sans effet, et ne voulant pas exposer cette femme aux graves lésions qu'on produit trop souvent quand on engage de vive force le crâne à travers un bassin rétréci, je me décide à réduire le volume de la tête. L'enfant, d'ailleurs, avait succombé pendant ces dernières tentatives d'accouchement, et je n'avais plus rien à ménager de ce côté. La perforation et l'évacuation du crâne étant opérées aussi complètement que possible, le céphalotribe fenêtré amena sans difficulté l'enfant, dont la tête se trouvait obliquement saisie de l'oreille gauche à la bosse frontale droite. La face tout entière disparaissait entre les mors de l'instrument; une partie du crâne, au contraire, était restée en dehors du champ d'action du céphalotribe; mais, préalablement vidée avec le perforateur, cette portion de la tête ne formait plus qu'une coque fragile, qui s'affaissa facilement par la pression du bassin et s'aplatit sur le bord convexe des cueilleurs, de manière à ne gêner en rien l'extraction. Dix minutes après l'opération, M. le Dr Lempereur retirait le délivre entier. Mon confrère, quelques jours tard, me donnait des nouvelles de mon opérée : les suites de couches avaient été aussi simples que possible.

Obs. VII. — Mme F..., 27, rue Basfroï, 30 ans, santé bonne. Née et élevée à Paris. La mère, redevenue promptement enceinte, avait dû sevrer sa fille vers 5 mois, et, à partir de cet âge, l'enfant a été nourrie de mauvais lait et de potages, dont l'effet a été de la rendre rachitique. Elle n'a effectivement marché qu'à 5 ans.

Mme F... mesuré 1 mètre 48 cent. de taille, la hauteur du pubis aux talons étant de 65 centimètres seulement. Elle est brune, trapue, fortement musclée. Les membres inférieurs sont courts et ramassés, le squelette de ces parties sensiblement déformé par le rachitisme. Le bassin, mesuré après l'accouchement, donne 8 centimètres de diamètre sacro-pubien (après déduction).

Primipare et à terme, Mme F... commence, le mercredi 26 novembre 1873, à souffrir assez fortement pour ne plus pouvoir reposer ni jour ni nuit. Rupture spontanée des membranes, le 28 novembre, à 2 heures de l'après-midi. Ce même jour, à 11 onze heures du soir, la dilatation du col étant complète, M. le Dr Mouton applique le forceps et fait des tractions puissantes sans engager la tête. A sa demande, je vois Mme F... le 29 novembre à 1 heure du matin. Le crâne se présente en position O. I. G. A.; il est encore contenu dans le grand bassin, bien qu'un œdème prononcé du cuir chevelu le fasse tout d'abord supposer moins élevé. Contractions expulsives assez fortes, toutes les cinq ou six minutes; pouls régulier, à 92. L'enfant vit. Comme la patiente est un peu fatiguée par l'application du forceps faite deux heures auparavant, je renvoie à 8 heures du matin une nouvelle tentative d'extraction.

29 novembre, 8 heures. Même état; les douleurs survenues depuis ma visite de la nuit n'ont point abaissé le crâne. La malade ayant été chloroformisée, j'applique le forceps ordinaire; le crâne résiste absolument; en conséquence je le perfore et le vide aussi complètement que possible, puis j'applique le céphalotribe sur les côtés du bassin. La tête, bien saisie dans toute sa longueur, est facilement écrasée puis extraite par l'instrument. L'enfant est une fille d'un volume ordinaire, dont la tête est fortement ossifiée. Examen fait des rapports de l'instrument avec le crâne, je trouve celui-ci saisi du menton à l'occiput par le céphalotribe, dont la cuiller gauche couvre la bosse fronto-pariétale droite, tandis que la cuiller droite est appliquée sur l'apophyse mastoïde et l'oreille gauches. Les extrémités des cuillers dépassent le menton et sont en contact immédiat. Donc l'épaisseur totale de cette tête écrasée est exactement celle de l'instrument fermé, soit 56 millimètres.

Après l'accouchement hémorrhagie notable, arrêtée par l'extraction du délivre. Suites de couches normales.

Obs. VIII. — Mme M..., 89, faubourg Saint-Antoine, 23 ans, est d'une taille ordinaire et en apparence bien conformée. Cependant, en examinant avec soin les jambes, qui sont longues et grêles, on constate une courbure exagérée des tibias, disposition qui concorde avec l'étroitesse du bassin, qui mesure 8 cent. un quart d'étendue dans le sens du diamètre sacro-pubien. Cette jeune femme, née à Paris et fort négligée pendant le temps qu'elle a

passé chez sa nourrice, n'a marché qu'à deux ans, en un mot elle est rachitique. Elle est à terme et commence à souffrir le mardi, 2 décembre 1873, à 1 heure du matin. Ce même jour, à midi, rupture spontanée des membranes; la dilatation du col était complète. A minuit la tête, qui se présentait, ne s'engageant pas, M. le Dr Mouton fait une application de forceps et tire de toutes ses forces, sans abaisser la partie fœtale.

3 décembre, à 9 heures du matin, le crâne est toujours aussi élevé, le cordon ombilical fait procidence en arrière et à gauche du bassin. L'enfant a succombé.

Après avoir perforé et évacué le crâne, j'applique mon céphalotribe et extrais difficilement une fille d'un développement moyen. La tête est comprimée dans toute sa hauteur de la face à la nuque. Suites de couches tout à fait simples.

Obs. IX. (Communiquée par M. le Dr Chantreuil, professeur agrégé). — Dans la nuit du 3 au 4 avril 1874, je fus mandé d'urgence, en l'absence de MM. Tarnier et Guéniot, à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. le Dr Siredey.

Je trouvai, à mon arrivée, une jeune femme primipare, à terme et en travail. Celui-ci durait, me dirent les internes, depuis plusieurs jours. La patiente avait été assistée d'abord par une sage-femme, puis par deux médecins de la ville, qui avaient fait trois applications de forceps sans pouvoir extraire l'enfant. C'est alors que cette femme entra à l'hôpital, où l'interne de garde fit avec le forceps une nouvelle tentative d'extraction qui resta également infructueuse. Je cherchai à me rendre compte de la cause des difficultés éprouvées par mes confrères, et ne tardai pas à reconnaître qu'il s'agissait d'un vice de conformation dû au rachitisme. Cependant je dois dire que les traces laissées par cette maladie n'étaient pas très-apparentes; il fallait quelque attention pour les découvrir. Ainsi cette femme n'était pas très-petite, la colonne vertébrale était droite; les jambes et les cuisses, examinées superficiellement, le paraissaient également. Mais, en déprimant les téguments, puis en saisissant la crête du tibia entre le pouce et l'index, et en le suivant de haut en bas, on reconnaissait une courbure anormale de cet os. Les fémurs me parurent aussi plus arqués qu'à l'état normal. Enfin on atteignait l'angle sacro-vertébral. Le diamètre sacro-pubien, mesuré avant et après l'accouchement, nous parut être de 8 centimètres.

L'état général de cette femme n'était pas satisfaisant; la peau était chaude, la langue sèche, et le pouls à 120. Les contractions utérines étaient très-douloureuses, et revenaient à intervalles rapprochés, mais restaient sans résultat. La dilatation était complète, les membranes rompues; la tête se présentait et se trouvait appliqué au détroit supérieur, mais non engagée dans l'excavation. Je pratiquai l'auscultation, et il me sembla encore entendre les battements du cœur du fœtus; aussi je crus devoir, dans l'intérêt de ce dernier, tenter une cinquième application de forceps. Les cuillers furent placées sur les parties latérales du bassin sans difficulté notable. L'articulation fut assez facile; il n'en fut pas de même de l'extraction. J'exerçai des tractions énergiques, et même je me fis aider par un des internes les

plus robustes de l'hôpital; mais, malgré ces efforts, nous ne réussîmes pas à faire engager la tête. Je me décidai alors à perforer le crâne avec les ciseaux de Blot, et à l'écraser avec le céphalotribe de Bailly.

L'introduction des branches se fit avec lenteur et sans plus de difficultés que pour le forceps. L'articulation fut facile. Le broiement du crâne fut poussé aussi loin que possible, et l'extraction, cette fois, ne nécessita pas de tractions bien énergiques.

Le crâne s'était bien vidé et se trouvait aplati complètement de la base au sommet, car les cuillers de l'instrument avaient pu être placées convenablement sur les parties latérales du bassin, et avaient saisi la tête aussi complètement que possible. L'instrument n'avait aucunement glissé, ni au moment où l'on approcha les branches pour articuler, ni pendant les tractions.

La délivrance fut naturelle. Il n'y eut pas d'hémorrhagie après l'expulsion du placenta.

Suites de couches entièrement naturelles. L'accouchée quitte l'hôpital et retourne à pied chez elle, le 17 avril, treize jours après l'opération.

Obs. X. — (Extrait d'une observation rédigée par M. Petit, Interne des hôpitaux). La nommée G... Léonie, âgée de 25 ans, entre le lundi, 24 août 1874, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marguerite, service de M. le Dr Peter, pour y accoucher.

C'est une femme de petite taille, à l'air un peu vieillot. Elle ne présente pas d'incurvation des tibias ni des clavicules, mais les fémurs paraissent plus arqués que normalement, et ses poignets sont un peu volumineux. Elle ne sait pas si elle a marché de bonne heure ou tard. Régliée à 18 ans, elle a toujours vu régulièrement depuis lors. Elle est devenue enceinte pour la première fois vers le mois de novembre dernier, et la grossesse s'est passée sans aucun accident.

La petitesse de cette femme et son aspect général me firent penser de suite à un rétrécissement du bassin, et de fait, le toucher m'en révéla un assez considérable. Cette exploration, répétée plusieurs fois, donnait pour le diamètre sacro-sous-pubien 8 centimètres et demi à 9 centimètres, soit, défalcation faite de 1 centimètre et demi, 7 centimètres à 7 centimètres et demi pour le diamètre sacro-pubien.

Le travail débuta le dimanche, 23 août, dans la soirée. La malade continua à souffrir modérément dans la journée du lundi et dans celle du mardi. Le mercredi et la nuit suivante, les douleurs devinrent plus fortes, mais la dilatation ne marchait qu'avec une lenteur excessive. Le col n'avait guère que les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent. La poche des eaux était intacte et l'enfant vivant.

Ce même jour, à 9 heures du soir, la dilatation du col était complète. Après une double application infructueuse du forceps, pendant laquelle deux personnes exercent simultanément des tractions énergiques sur l'instrument, M. Chantreuil, redoutant d'exposer la mère en insistant plus longuement sur l'emploi du forceps, se décide à pratiquer la céphalotripsie.

Le perce-crâne de Blot fut introduit entre les branches du forceps laissées

en place, et le crâne fut perforé. Une tentative d'extraction effectuée ensuite avec le forceps étant demeurée sans résultat, M. Chantreuil enleva cet instrument et fit une seconde perforation. Le céphalotribe de Bailly fut alors appliqué sans accident digne d'être noté, et quelques instants plus tard, on amena un enfant du sexe féminin, bien conformé et paraissant à terme. Les cuillers avaient saisi très-solidement la tête dans toute sa hauteur, suivant le diamètre bi-auriculaire, à peu près, et leur bec était profondément imprimé sur les côtés du cou. Un écoulement sanguin assez abondant s'était produit pendant ces manœuvres. La délivrance tardant à se faire naturellement, on dut aller chercher le délivre avec la main.

Ce travail, compliqué d'opérations multiples et fatigantes, fut suivi de rétention d'urine, de métrite et d'autres accidents inflammatoires. L'opérée se rétablit pourtant, et pouvait quitter l'hôpital à la fin du mois de septembre.

Obs. XI. (Communiquée par M. le Dr Pignol).. — Je fus appelé le 20 novembre 1874, au matin, par Mme Pérignon, sage-femme, auprès d'une de ses clientes, la femme X..., en travail d'accouchement depuis six heures. Cette femme, âgée de 24 ans, de petite taille et d'apparence chétive, paraît bien conformée et jouit d'une bonne santé. Elle est primipare et à terme. Les douleurs, qui s'étaient succédé jusque-là, commençaient à s'espacer au moment de mon arrivée, et l'état général de la patiente se ressentait de ce travail infructueux : pouls à 115, vomissements verdâtres incessants. Présentation du vertex, en position occipito-iliaque droite postérieure. Tête au détroit supérieur, dilatation incomplète. Rupture des membranes depuis le 18 à 10 heures du soir. Enfant vivant.

Après avoir débridé le col par trois incisions, je fais une première application de forceps qui reste sans effet malgré des tractions énergiques. Une seconde application fut faite le lendemain matin, à 8 heures, sans plus de succès. La malade est agitée et vomit continuellement. Pouls à 120.

Il y avait évidemment, chez cette femme, une étroitesse du bassin, mais le degré du rétrécissement ne pouvait être exactement apprécié, car la mensuration était rendue impossible à ce moment par le volume de la bosse séro-sanguine, et l'engagement au détroit supérieur d'une petite portion du sommet.

Jugeant qu'il n'y avait plus à compter sur la vie de l'enfant, dont les battements du cœur s'entendaient faiblement, et conformément aussi à l'avis de M. Bailly, qui voulut bien, dans cette circonstance, m'aider de ses conseils, je me décidai à faire la céphalotripsie. Après l'administration du chloroforme et la perforation du crâne, j'appliquai sans difficulté les branches du céphalotribe fenêtré. La tête, parfaitement saisie, fut broyée du premier coup, ce qui me permit de faire assez facilement l'extraction d'un enfant volumineux, du poids de 4 kilogrammes.

Le diamètre sacro-pubien a été évalué à 9 centimètres, par M. le Dr Bailly. Suites de couches normales.

Obs. XII. — La nommée A. Ch..., modiste, âgée de 24 ans, est accouchée

de son premier enfant à l'hôpital St-Louis, le 7 octobre 1873, après deux jours de douleurs. Cet enfant n'a vécu que quelques heures par suite de son peu de développement, bien que la mère prétende être accouchée à terme.

De nouveau enceinte, elle est envoyée de l'hôpital St-Louis, où elle se présente pour faire ses couches, le 9 février 1875 au matin, chez Mme Fargues sage-femme.

Malgré de vives douleurs, le travail ne faisant aucun progrès, je suis appelé à 6 heures du soir pour examiner cette femme et terminer l'accouchement, s'il y a lieu.

Voici ce que je constate :

Présentation du vertex, en position O. I. G. P.; tête au détroit supérieur; col dilatable; procidence du cordon après la rupture de la poche des eaux qui s'était faite à 5 heures $\frac{1}{2}$ du soir. Les douleurs sont toujours fortes, et les pulsations du cordon assez faibles. Le doigt atteint très-facilement l'angle sacro-vertébral; le diamètre antéro-postérieur du bassin mesure (sans déduction) 8 centimètres $\frac{1}{2}$.

La patiente, d'une assez bonne constitution, est de petite taille, et n'a marché que fort tard; les membres inférieurs présentent quelques légères traces de rachitisme.

La vie de l'enfant me paraissant en danger, je fais de suite une application de forceps, en évitant de saisir le cordon avec l'instrument; pas de résultats malgré de fortes tractions. La malade est replacée dans son lit. Pouls à 140; les pulsations du cordon sont, à ce moment, à peine appréciables.

A 10 heures du soir, même état; la tête est toujours très-élevée, à peine engagée au détroit supérieur; aucun battement dans le cordon; la femme se plaint d'être fatiguée; les douleurs sont un peu moins rapprochées. Perforation du crâne et application du céphalotribe fenêtré. Le chloroforme n'a pas été administré. La tête fut saisie et broyée du premier coup; l'extraction, qui a nécessité des efforts soutenus, se fit néanmoins sans que l'instrument perdit prise. Enfant volumineux, du sexe masculin. Poids 3 kilogrammes 660 grammes, sans le cerveau.

La mère est sortie de chez Mme Fargues le neuvième jour après ses couches, en fort bonne santé. (Communiquée par M. le Dr Pignol).

Obs. XIII. — Mme G..., 30 ans, primipare, est une petite femme presque naine, non rachitique. Son bassin mesure 9 centimètres au plus d'avant en arrière. Elle est à terme. Le 15 juillet 1875, après un travail de près de soixante heures, nécessaire pour obtenir une dilatation du col utérin qui permit d'intervenir sans crainte de le rompre, l'enfant ayant succombé, je pratique la céphalotripsie avec l'aide de M. le Dr Emile Dubois. Après la perforation et l'évacuation du crâne, j'applique la céphalotribe fenêtré, qui n'écrase le crâne que partiellement. La tête reste volumineuse, et des efforts d'une certaine énergie ne parviennent pas à l'extraire; cependant l'instrument tient bon. Ne voulant pas m'exposer à léser les parties maternelles par des tractions trop fortes, je retire le céphalotribe, et le réapplique de suite.

Cette fois la tête, mieux saisie et bien broyée, est facilement extraite par M. le D^r Dubois.

A la suite de cette opération, la malade est prise de rétention d'urine qui persiste pendant une semaine et d'une sciatique traumatique assez douloureuse. Mais aucun accident inflammatoire n'est survenu, et le pouls n'a jamais dépassé 92 pulsations. Cette femme est aujourd'hui parfaitement rétablie.

La lecture des observations précédentes convaincra, je pense, les accoucheurs de la supériorité du céphalotribe fenêtré sur le céphalotribe commun, au double point de vue de la facilité de la préhension de la tête, et de la solidité avec laquelle cette tête, une fois broyée, reste saisie par l'instrument. Je soutiens que, quelle que soit l'habileté du chirurgien, il ne lui est pas ordinairement donné, de terminer une céphalotripsie, avec le céphalotribe ancien sans que, dans le cours de l'opération, la tête n'échappe une ou deux fois à l'étreinte de l'instrument. Si l'on obtient parfois d'emblée un succès complet, combien plus souvent l'accoucheur se voit contraint de multiplier ses manœuvres, parce que, dans le rapprochement de cuillers droites, qui ne saisissent le crâne qu'incomplètement, celui-ci fuit en avant, en arrière ou en haut; ou bien parce que la tête n'a été broyée que partiellement, et conserve trop de volume pour franchir le passage rétréci du bassin; ou bien enfin parce que, pendant l'extraction, les mors du céphalotribe glissent sur les côtés du crâne, et sortent sans rien amener. Que les accoucheurs qui ont de fréquentes occasions d'opérer veuillent bien faire appel à leurs souvenirs, et ils conviendront que, dans la moitié des cas au moins, la céphalotripsie est une opération pleine de difficultés, de lenteurs et d'ennuis pour l'accoucheur, de fatigues et de dangers pour la femme. Ces difficultés, ces lenteurs ne sont plus à craindre aujourd'hui, je l'affirme, et, quant aux dangers que court la femme, si le céphalotribe fenêtré n'a pas le privilège de les écarter complètement, je suis persuadé qu'il les atténue du moins dans une très-large mesure.

Les opérations rapportées dans ce travail sont les seules, à ma connaissance, qui aient été faites jusqu'ici avec mon céphalotribe. S'il en est d'autres, j'exprime aux confrères qui les ont pratiquées, le désir d'en connaître le résultat. Celui des faits que je relate est, comme on a pu s'en convaincre, on ne peut plus satisfaisant: treize succès sur treize opérations, il est impossible de demander plus.

Ce résultat favorable pouvait d'ailleurs être prévu. Une expérience,

aujourd'hui séculaire, a prouvé combien le forceps, en vertu de la forme concave de ses cuillers, qui lui permet d'emboîter le crâne, exerce une action solide sur la tête qu'il a saisie. Les plus fortes tractions ne peuvent lui faire lâcher prise quand il a été bien appliqué. Il était donc présumable qu'un céphalotribe se rapprochant du forceps par sa forme, c'est-à-dire pouvant, comme lui, circonscrire presque entièrement l'extrémité céphalique, présenterait les mêmes avantages au point de vue de la solidité de la préhension. L'expérience a jusqu'ici, pleinement justifié ces présomptions.

D'une autre part l'application de l'instrument ne présente pas plus de difficultés que celle du forceps. Elle a été sans doute facile entre les mains de trois opérateurs exercés, mais j'ai la conviction que tout médecin sachant appliquer le forceps réussira tout aussi bien à se servir de mon céphalotribe, en prenant la précaution très-essentielle de porter d'abord l'extrémité d'une main jusqu'au dessus du détroit supérieur pour guider l'introduction des cuillers, qui doivent aller saisir la tête dans le grand bassin, et aussi de faire soutenir l'extrémité mobile du fœtus par les mains d'un aide appliquées sur les côtés de l'hypogastre.

Ainsi donc, au résumé, voilà un instrument qui, à une puissance suffisante pour briser la base du crâne d'un fœtus à terme, réunit l'avantage d'une application facile, d'une prise sûre et solide; qui prévient par là les lésions maternelles produites trop souvent par le glissement des mors et les applications ordinairement répétées de l'ancien céphalotribe, ou par l'engagement forcé dans les voies génitales d'une tête broyée partiellement et, par conséquent restée volumineuse. Eh bien, je dis qu'un instrument qui possède cet ensemble de qualités devait nécessairement abaisser le chiffre de la mortalité chez les opérées, et que ses bons effets dans la pratique étaient chose facile à prévoir.

Le céphalotribe fenêtré suffira pour terminer l'accouchement, dans la grande majorité des cas. 6 centimètres $1\frac{1}{2}$ représentent en effet la limite extrême de son champ d'action, et cette limite est fort rarement atteinte dans les faits de la pratique. C'est presque toujours entre 7 et 9 centimètres qu'oscillent les rétrécissements pelviens pour lesquels la céphalotripsie est rendue nécessaire, et l'on voit que, dans les treize faits cités plus haut, le diamètre sacro-pubien du bassin n'a pas été inférieur au premier de ces deux chiffres.

Je dois faire intervenir ici, relativement au céphalotribe fenêtré, une

observation importante, c'est que je ne reconnais, comme étant mon instrument, que celui qui reproduit exactement le type décrit ci-dessus, et dont le spécimen original se trouve entre mes mains. C'est le seul dont je veuille garantir les avantages, et dont on puisse attendre les services que j'ai indiqués. Ces réserves me sont suggérées par les copies inexactes qui me sont tombées sous les yeux et dans lesquelles il m'est impossible de reconnaître mon céphalotribe. Il ne suffit pas, en effet, pour avoir ce dernier, de diminuer le volume du forceps et d'en accroître la solidité, il faut que les mesures que j'ai données soient scrupuleusement reproduites. Une différence, en apparence légère, dans la force des branches, dans la profondeur, la largeur, la courbure ou la longueur des cuillers, change notablement les conditions du fonctionnement de l'appareil, et suffit pour faire, d'un bon outil, un instrument défectueux ou inutile. Je ne saurais donc trop insister pour que ceux de mes confrères qui seraient disposés à faire usage du céphalotribe fenêtré, s'attachent à posséder un appareil entièrement conforme à mon modèle.

Je ne terminerai pas cette notice sans répondre à deux observations critiques dont le céphalotribe fenêtré a été l'objet. La première est que jusqu'ici je n'en ai fait usage que dans des rétrécissements modérés (7 centimètres $1/2$ à 9 centimètres), et que son épaisseur minimum (36 millimètres) le rend incapable de servir dans des rétrécissements extrêmes du bassin. La seconde est que, dans nos ouvrages publiés à l'étranger, on trouve des figures de céphalotribes fenêtrés comme le mien, et qu'en conséquence mon instrument n'est pas nouveau. La réponse à ces critiques me paraît facile.

Et d'abord, relativement à la première, je répète que mon but, en faisant construire un céphalotribe différent par sa forme du céphalotribe ordinaire, a été uniquement d'obtenir un instrument pouvant mieux que ce dernier, saisir et écraser très-sûrement la tête fœtale, puis l'extraire ensuite avec le moins de difficultés et de dangers possible, *dans les rétrécissements moyens du bassin*, c'est-à-dire dans les faits ordinaires de la pratique. Dans les bassins de cette catégorie mon céphalotribe a fait suffisamment ses preuves d'efficacité ; j'espère qu'on voudra bien le reconnaître. Je ne me suis donc nullement proposé d'arriver à produire un écrasement considérable du crâne et à faire passer celui-ci à travers un cercle osseux très-étroit, par la raison qu'une telle opération me paraît des plus dangereuses, et qu'il est préférable, dans ces conditions d'étroitesse du bassin, de renoncer à opé-

rer soi-même l'extraction de l'enfant. En résumé le céphalotribe fenêtré a été fait pour les rétrécissements modérés du bassin et ne s'adresse qu'à eux. Il se présente comme un auxiliaire du céphalotribe ordinaire, sans prétendre le supprimer complètement. Je crois du reste que les cas uniquement justiciables de ce dernier seront désormais exceptionnels, comme le sont d'ailleurs les bassins assez étroits pour offrir moins de 6 centimètres $1/2$ dans leur plus petit diamètre.

Reste la remarque relative au défaut d'originalité du céphalotribe fenêtré et à sa ressemblance avec certains céphalotribes étrangers. Cette ressemblance, il me semble impossible d'en bien juger quand on n'a sous les yeux que des figures dépourvues de toute indication de mesures, et qui ne peuvent en conséquence donner une idée exacte de ce qu'elles représentent. Si l'on veut bien se reporter aux instruments eux-mêmes, et non pas seulement à leur reproduction graphique, on n'aura pas de peine, je crois, à saisir les différences qui les distinguent de mon céphalotribe. Il me paraîtrait par trop extraordinaire que, dirigés par nos seules inspirations, n'ayant été guidés par aucun dessin, aucune figure, nous fussions précisément arrivés, M. Collin et moi, à construire un appareil semblable à ceux qui existent déjà à l'étranger. J'ajoute que si pourtant, par un hasard assez étrange, on en conviendrait, je n'avais fait que rééditer ce qui se voit ailleurs, je me contenterais bien volontiers du mérite d'avoir introduit dans la pratique française un instrument utile et complètement inusité, sinon inconnu, chez nous.

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

Du souffle utérin, par le Dr James Cumming, d'Edimbourg.

M. Lejumeau de Kergaradec, en auscultant une femme enceinte, pour rechercher les battements du cœur fœtal, entendit un bruit synchronique avec les pulsations de la mère, qui sembla se produire dans un grand nombre de vaisseaux, et qui était caractérisé par un bruit semblable à celui que l'on entend dans certaines maladies du cœur, ou des gros vaisseaux. Cet observateur émit alors cette opinion que ce bruit avait quelque rapport avec le lieu d'implantation du placenta dans l'utérus. Ce fut le premier auteur qui, en 1821, fit la découverte du bruit de souffle; il s'agissait d'une femme enceinte avancée dans sa grossesse, et chez laquelle il cherchait, avec le Dr Breheret,

les battements du cœur fœtal. Ces derniers ne furent pas entendus, mais ces deux observateurs perçurent le souffle. Cette femme accoucha deux jours après d'un enfant mort et putréfié.

La plupart de ses recherches sur ce bruit de souffle furent faites avec son ami Laënnec, à l'hôpital Necker.

Le souffle a été comparé au sifflement, aux vibrations d'une corde basse, au roucoulement d'une tourterelle (Cazeaux), au souffle anévrysmal ou cardiaque (Leishman), aux vibrations d'une grosse corde métallique, au souffle sibilant, aux râles sonores de la poitrine, au souffle d'une tumeur érectile (Velpeau), au bruit des artères carotides et brachiales (Laënnec), au bruit produit par l'air qui sort d'un soufflet (Von Siebold), au vent qui se précipite au travers des branches d'un arbre sans feuilles (Matthews Duncan)(1), à un bruit sifflant et soufflant d'une intensité variable (Schroder) (2). Quelques auteurs le désignent par le nom de bruit de diable, etc. Il augmente au début des douleurs, devient plutôt sibilant et disparaît à l'apogée de la contraction utérine (parce que le sang ne passe pas alors à travers l'utérus).

Il y a trois théories sur les causes de ce bruit de souffle :

I. Qu'il se produit dans la circulation utéro-placentaire, et de là appelé souffle utéro-placentaire. Cette manière de voir a été soutenue par Kergaradec (3), Evory Kennedy (4), Ulsamer, Laënnec, M. de Lens, Ollivry, Cazenave et Hohl (5).

Evory Kennedy, qui, peu de temps après Kergaradec, s'occupa beaucoup de ce bruit, a déclaré que le souffle ne s'observe que lorsque la circulation placentaire existe, et cesse quand les vaisseaux qui établissent les rapports avec cet organe ne sont plus perméables. » Et plus loin il ajoute que quand l'utérus est vide et contracté après la délivrance, ou lorsque le fœtus est mort dans l'utérus, le souffle ne s'entend plus longtemps. Il ne m'a pas été possible de savoir si cet auteur est resté fidèle à son opinion basée sur plus de cinquante observations. La plupart des auteurs modernes considèrent que cette théorie sur la cause du bruit de souffle est erronée.

Voici quelques-uns des arguments qui ont été soulevés contre cette

(1) Notes of Lectures on Midwifery and Diseases of Women, 1867.

(2) Lehrbuch der Geburtshülfe, 1872.

(3) Mémoire sur l'auscultation, par J. de Kergaradec, 1822.

(4) Observations on Obstetric Auscultation.

(5) Die Geburtshülffliche Exploration.

manière de voir : Depaul (1) a entendu ce bruit de souffle dans trois points différents et à la fois. Beau a entendu ce même bruit chez une femme affectée d'un kyste de l'ovaire. Le souffle a été également perçu dans des cas de sarcome vasculaire, de volumineuses tumeurs de l'abdomen, etc. (Montgomery) (2).

Nagle (3) cite un cas d'une femme qui reçut, au septième mois de sa grossesse, une blessure. Les battements de cœur fœtal cessèrent d'être entendus. Mais le souffle utérin resta distinct jusqu'à la fin. Elle fut délivrée peu de temps après d'un enfant mort, déjà très-décomposé, et chez lequel la mort remontait déjà à trois semaines environ auparavant. En outre, si ce bruit dépend du placenta, il doit être proportionné à l'étendue de ce dernier organe. Cependant, on peut entendre un bruit de souffle fort et retentissant, alors que le placenta est petit et malade. Sur 295 cas, Depaul entendit ce bruit distinctement de chaque côté. Dans 185 de ces cas, le même auteur a déclaré que la mort du fœtus, dans l'utérus, ne détermine aucune différence dans l'intensité de ce bruit. On l'a entendu dans des cas où le cordon faisait procidence, alors que le cœur fœtal avait cessé de battre.

Velpeau (4) mentionne un cas dans lequel la tête d'un enfant hydrocéphale a été ponctionnée, et quelque temps après le souffle fut perçu fort et bien distinct. Il dit également que chez une femme admise à l'hôpital Saint-Antoine, en 1829, on entendit très-bien le souffle, en même temps que l'apparence extérieure faisait croire à une grossesse arrivée entre le quatrième et le cinquième mois. L'examen direct des parties fit reconnaître l'existence de deux volumineux fibromes utérins.

Ce même bruit a été entendu dans des cas où les enfants étaient macérés, alors que le placenta et les vaisseaux étaient remplis de sang épais et coagulé.

Laënnec, qui est partisan de la théorie utéro-placentaire reçut de Ollivry, de Quimper, la lettre suivante : « J'ai reconnu bien positivement, sur quatre femmes, la vérité des observations que vous m'avez communiquées. Je me suis assuré, en introduisant la main dans la matrice, immédiatement après la sortie de l'enfant, que le point où

(1) Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale.

(2) Signs and Symptoms of Pregnancy.

(3) *Lancet*, 1830-31.

(4) Traité complet de l'art des accouchements.

j'avais entendu les pulsations avec souffle avant l'accouchement, correspondait exactement à celui où le placenta était implanté. Je fus tellement convaincu de cette vérité, que je ne répéterai plus cette recherche qui est assez pénible pour la nouvelle accouchée. S'il vous fallait une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion que vous avez manifestée relativement à la cause qui produit ce bruit de souffle, vous la trouveriez, comme moi, dans sa cessation, *à l'instant même où l'on coupe le cordon ombilical.* » Cazenave et Monod sont également du même avis. En opposition à cette manière de voir, je rappellerai brièvement que Carrière entendit le souffle vingt-quatre heures, et Collins (1) quarante-quatre heures après l'expulsion du placenta. Il résulte de ces observations que le souffle ne dépend pas de la circulation utéro-placentaire.

II. Dans la seconde théorie, on admet que le bruit de souffle est dû à la compression des gros troncs artériels situés postérieurement (l'aorte ou les artères iliaques), de là le nom de souffle abdominal; cette théorie a été soutenue par Bouillaud, Hans, Kivish et Nagle. Bouillaud a fondé son opinion sur ce fait qu'il a entendu le souffle dans un cas où une volumineuse tumeur abdominale exerçait une compression véritable sur les vaisseaux de l'abdomen. Cette tumeur avait été prise par erreur pour une grossesse. Cusack de Dublin soutient la même théorie, se basant sur ce qu'il a entendu un bruit semblable dans un cas d'hypertrophie considérable de la glande thyroïde.

Si cette théorie est la véritable expression de ce phénomène, nous devons entendre le souffle simultanément des deux côtés et dans des points fixés de l'abdomen. En outre, d'après cette même opinion, le bruit de souffle doit disparaître, si l'on suppose la femme placée à plat ventre, mais cela ne diminue pas le bruit.

III. On a dit encore que ce bruit était produit dans les vaisseaux qui se ramifient dans les parois utérines, de là le nom de souffle utérin. Cette opinion a été soutenue par Duhois, Depaul, Cazeau (2), Matthews Duncan, Tanner, Tylers Smith (3), Leishman (4) et Schröder (5).

(1) *Dublin Medical Journal*, 1838.

(2) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.*

(3) *Manual of Obstetrics.*

(4) *A System of Midwifery.*

(5) *Lehrbuch der Geburtshülfe.*

Quelques mots sur le système vasculaire de l'utérus. — Les artères viennent de deux sources : — 1^o Les artères utérines qui proviennent des divisions antérieures des iliaques internes, passent entre les feuillets du ligament large, et envoient des branches qui se ramifient dans la substance de l'utérus; 2^o des artères ovariennes, provenant de la partie antérieure de l'aorte, un peu au-dessous de l'origine des artères rénales, et passent entre les feuillets du ligament large, sous le bord inférieur des ovaires auxquels ces artères se distribuent, puis, en outre, envoient des branches à l'utérus. L'artère utérine fournit fréquemment une branche au vagin qui peut s'anastomoser avec une branche de l'iliaque interne. Ses veines se distribuent d'une semblable façon et se terminent dans les plexus utérins. Elles ont un large volume, et, en dehors de l'utérus, elles prennent le nom de véritables veines, mais dans l'épaisseur de l'utérus, elles perdent leurs parois véritables et ne sont plus constituées que par leur membrane interne qui adhère aux canaux creusés à travers la substance de l'utérus. Ces vaisseaux (artères et veines) sont remarquables par leur trajet tortueux et leurs nombreuses anastomoses.

Cours du sang maternel. — Le sang est transporté dans les cavités du placenta par les artères hélicines (qui viennent des artères de l'utérus) et il retourne par des troncs droits, larges et courts, qui passent obliquement à travers la sérotine et conduisent leur contenu dans les grands sinus utérins.

Cours du sang fœtal. — Il vient par les deux artères utérines jusque dans les villosités, et retourne à l'enfant par la veine ombilicale.

La formation du placenta commence dans la dernière partie du second mois de la gestation, et il acquiert ses caractères propres dans le cours du troisième mois. Albinus, Hunter, Dubois et Mareschi, on fait des recherches sur l'anatomie des rapports du placenta avec l'utérus.

Il paraît évident que la théorie qui admet que le souffle est produit par les vaisseaux qui se ramifient dans les parois utérines, théorie soutenue par les auteurs les plus compétents qui ont écrit sur ce sujet, est la seule admissible. Matthews Duncan attribue ce bruit « au sang qui se précipite à travers les sinus maternels. » Schröder dit qu'il n'est pas douteux que le souffle ne soit produit « dans les larges vaisseaux de l'utérus et qu'on ne peut tirer aucune conclusion certaine pour la production de ce bruit dans le lieu d'implantation du placenta. » Si ce souffle est, dans bien des cas, entendu plus distinctement dans le point de l'utérus qui correspond à l'insertion placentaire,

cela tient très-probablement à ce que les vaisseaux sont en ce point encore plus larges qu'ailleurs, et peut-être cela peut expliquer comment des hommes très-éminents ont pu attribuer ce souffle à la seule circulation utéro-placentaire.

IV. Andral et Scanzoni pensent que le souffle est dû à « l'altération du sang pendant la grossesse. » Comme dans la chlorose (diminution des globules rouges).

V. Lastly dit que ce bruit est dû « à la multiplicité des courants sanguins dans l'intérieur des parois utérines, » opinion soutenue par de La Harpe.

A quelle période de la grossesse le souffle s'entend-il pour la première fois?

Voici quelques-unes des opinions, émises à ce sujet, par les principaux auteurs.

1° A la fin de la dixième semaine. — Evory Kennedy (1).

2° Du milieu de la onzième à la fin de la douzième semaine. — Depaul (2).

3° A la fin de la douzième semaine. — Tanner (3).

4° Entre le troisième et quatrième mois. — Carrière.

5° Durant le quatrième mois. — Laënnec (4), Tyler Smith (5).

6° A la fin du quatrième mois. — Dubois, Monod, Kennedy, Meissner et Nagle, pensent que ce souffle est un signe à peu près certain de grossesse. Elliotson, Fergusson, Forrestier, Dugès, Ryan (6) et Le-normand, d'autre part, n'ont que peu de confiance dans ce signe.

En résumé, le souffle utérin est un symptôme, mais non un signe de grossesse.

(A suivre.)

(*Edinburgh Medical Journal.*)

Sur la structure de la muqueuse utérine dans ses changements périodiques, par John Williams.

L'auteur fait d'abord remarquer combien l'étude des modifications que subit la muqueuse dans le laps de temps qui s'écoule depuis la

(1) Observations on Obstetrical Auscultation.

(2) *Loc cit.*

(3) The Signs and Diseases of Pregnancy.

(4) De l'auscultation médiate.

(5) Manual of Obstetrics.

(6) Manual of Midwifery.

cessation d'une époque menstruelle, jusqu'à la terminaison des règles suivantes. En effet, la plupart des femmes qui meurent pendant la vie menstruelle, c'est-à-dire entre 15 et 45 ans, succombent, ou bien après l'accouchement, ou bien à la suite d'une longue maladie chronique. Dans le premier cas, la menstruation n'existe plus depuis neuf mois; dans le second les règles ont cessé, presque toujours, depuis des mois et même depuis plusieurs années avant la mort.

Ce n'est donc que très-rarement que l'on peut avoir des utérus qui, au moment de la mort, présentent les modifications habituelles à cet organe, pendant le flux menstruel et pendant l'intervalle intra-menstruel.

Il y a encore une autre raison pour laquelle la marche de la menstruation est entourée de tant d'obscurité et de doute, c'est que, même lorsque l'occasion est offerte d'étudier des utérus qui, au moment de la mort, sont soumis aux changements particuliers à cet organe, on ne profite pas suffisamment de ce que l'organe, qui a cependant été examiné avec plus grand soin sous d'autres points de vue, a été étudié, selon la règle, sans tenir compte de la date de ses dernières règles; aussi bien que de l'époque à laquelle l'écoulement menstruel suivant aurait eu lieu si la vie de la femme s'était continuée, en exceptant cependant les cas dans lesquels l'utérus présente des signes évidents d'un flux cataménial commencé déjà ou imminent. Cependant, on ne peut avoir une connaissance exacte des phénomènes qui se passent dans la matrice de la femme, à cette époque, qu'en étudiant une série d'utérus, pris aux différentes époques de la période menstruelle et intermenstruelle. Aussi faut-il, dans les recherches, tenir compte et du temps qui s'est écoulé depuis les dernières règles, et de celui qui se serait écoulé jusqu'aux règles suivantes si la femme avait vécu,

C'est pour n'avoir pas tenu compte de ces précautions que la muqueuse utérine a été décrite si différemment par les divers observateurs qui ont écrit sur ce sujet. Les uns l'ont étudié au moment de son plus grand développement, et les autres pendant la période de croissance. Voilà pourquoi quelques auteurs la considèrent comme épaisse et contenant de nombreuses glandes, d'autres la regardent comme très-mince en n'ayant que peu de glandes. D'autres, enfin, nient même complètement son existence.

L'auteur établit que son mémoire a pour but d'étudier les modifications qui ont lieu dans la muqueuse utérine, dans l'espace de quatre semaines, ou pendant le temps qui s'écoule entre la cessation d'une

époque menstruelle et la terminaison de l'époque suivante. Cette étude repose sur l'observation des utérus de douze femmes mortes aux différentes époques de la période menstruelle et intermens-truelle. Ces utérus constituent une série complète, et dans tous, sauf pour deux d'entre eux, la date des règles a pu être fixée avec certitude.

Le Dr Williams pense que le mieux est, dans cette étude, de commencer par décrire les caractères de la muqueuse à la fin de la menstruation, et de prendre l'état de cette membrane à ce moment, comme terme de comparaison pour les autres époques.

1° Le premier utérus est celui d'une femme de 35 ans, ayant eu des enfants, et qui est morte à l'hôpital le neuvième jour, d'une fièvre typhoïde. Elle avait été menstruée quatre jours avant sa mort, et l'écoulement n'avait pas complètement cessé quand la mort arriva. L'utérus a macéré pendant quelques jours dans l'alcool avant l'examen.

La cavité du corps de la matrice est plus large que de coutume. Il contient quelques lambeaux d'une membrane molle, en même temps qu'un peu de mucus sanguinolent. Les parois opposées ne sont pas en contact. La surface interne était teinte de sang, et on y voyait attachés beaucoup de petits lambeaux membraneux qui lui donnaient une apparence inégale et floconneuse. En suivant de bas en haut la membrane interne, à travers le col de l'utérus, on la voyait se terminer brusquement au-dessus de l'orifice interne, avec un bord nettement indiqué, et au-dessus de ce point la muqueuse faisait défaut.

Le Dr Tayler Smith a observé la même chose : « J'ai eu l'occasion, dit-il, d'observer plusieurs utérus de femmes mortes pendant le flux cataménial. Dans tous les cas, j'ai trouvé la muqueuse du corps de la matrice, ou bien dans un état de désagrégation, ou bien manquant complètement. Dans l'un de ces cas la muqueuse avait tout à fait disparu. A la partie supérieure du col la déchirure était très-apparente. Dans le canal cervical la muqueuse était en parfait état; mais, à l'orifice interne, elle cessait brusquement et comme si elle avait été déséquée avec un scalpel au-dessous de ce point (Manual of obstetrics).

Dans une section perpendiculaire à la surface interne de l'utérus, les faisceaux de fibres musculaires se voyaient très-bien à la surface et étaient d'une couleur brunâtre.

2° Le second utérus provenait d'une femme morte du tétanos. On ne put avoir de renseignements sur l'époque menstruelle, mais il ne pouvait douter que la menstruation n'eût cessé depuis peu, car l'utérus avait une apparence identique à ce qui est décrit plus haut. La

surface de la cavité du corps, cependant, avait moins de parties floconneuses fixées sur elle, et présentait, pour cette raison, une apparence plus lisse que dans l'utérus précédent. Cet utérus, examiné pendant qu'il était encore frais, présentait à la surface interne de son corps, de nombreux points desquels on pouvait faire suinter du sang à la pression.

Ces deux utérus furent durcis dans l'alcool, et après cela examinés au moyen du microscope.

(*The obstetrical Journal*).

A suivre.

REVUE CLINIQUE.

Femme rachitique. — Bassin de 7 cent. et demi. — 2^e grossesse. — Accouchement prématuré artificiel à sept mois et demi environ. — Complications. — Enfant né mort. — Suites naturelles pour la femme.

Le 28 juin 1873 s'est présentée à la Clinique la femme H..., blanchisseuse âgée de 29 ans, enceinte pour la seconde fois et arrivée au septième mois de sa grossesse. Elle raconte qu'elle est venue accoucher pour la première fois à terme, il y a trois ans, à la Clinique, que son accouchement a été très-difficile, qu'il a fallu employer le forceps et que l'enfant a succombé quelques minutes après sa naissance. *Elle vient, ajoute-t-elle, longtemps avant le terme, M. Depaul le lui ayant conseillé, parce qu'elle a un bassin de 7 centimètres et demi seulement.* On s'est reporté aux cahiers d'observation et on a trouvé en effet que cette femme avait bien retenu la leçon faite par M. Depaul dans un but facile à comprendre.

Cette femme, qui porte sur ses membres des déformations rachitiques peu marquées, est petite (1 mètre 20 centimètres de hauteur), la colonne vertébrale est droite, mais le bassin présente une diminution notable du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur; en effet, le professeur ayant voulu contrôler sa première mensuration, trouve encore 7 centimètres et demi. Les dernières règles ont apparu le 15 novembre 1874, elles revenaient, avant cette époque, régulièrement et avec abondance, il n'y a eu aucun des accidents ordinaires pendant la grossesse, la femme est sous ce rapport dans les meilleures conditions. D'un autre côté, les battements du cœur de l'enfant s'entendent nettement et fortement du côté droit.

Le professeur décida, dans l'intérêt de l'enfant et dans celui de la mère, de provoquer l'accouchement avant terme et à un moment où le diamètre bipariétal de la tête fœtale pourrait encore passer à travers un bassin ainsi rétréci. Le 13 juillet, au septième mois et demi environ de la grossesse, M. Depaul, après avoir fait placer la femme en travers de son lit et sur le bord, les jambes écartées et maintenues par des aides, introduisit avec une

pince, dans la cavité du col, un cône d'éponge préparée qui fut maintenu par un morceau d'éponge ordinaire. Cette opération ne fut pas difficile, car le col, qui avait été dilaté par le passage du premier enfant, avait son orifice externe ainsi que sa cavité un peu entrouverts. L'éponge donna naissance à quelques contractions utérines peu fortes qui réveillèrent la femme dans la nuit, sans toutefois l'empêcher de reposer pendant quelques heures, et fut maintenue en place jusqu'au lendemain 14 à neuf heures du matin. Lors de l'extraction de l'éponge on constata que le col était effacé, l'orifice ouvert, et qu'on arrivait facilement sur les membranes, malheureusement à partir de ce moment les contractions utérines cessèrent et le col se reforma en partie.

M. Depaul prescrivit alors des douches vaginales qui furent données au moyen d'un grand irrigateur : la première le même jour, 14 juillet, dans la soirée ; la seconde le lendemain matin et la troisième le soir. Les deux premières douches ne déterminèrent que quelques contractions qui cessèrent bientôt, mais à partir de la dernière les contractions utérines devinrent plus régulières, plus douloureuses, et à une heure du matin la dilatation du col fut complète.

Le 16 juillet, à huit heures un quart, lors de l'arrivée de M. Depaul, on ne sentait, par le toucher vaginal, qu'une grosse poche d'eau et on ne pouvait pas atteindre la partie fœtale, le professeur rompit les membranes et, après quelque difficulté, portant le doigt très-haut derrière la symphyse pubienne, reconnut un pied. Il fallait attendre, les membranes étaient rompues et il n'y avait pas d'engagement de la partie qui se présentait, les battements du cœur étaient du reste toujours forts et réguliers.

À 3 heures du même jour le siège s'était un peu engagé, les battements du cœur fœtal conservaient leur force et leur régularité, mais la femme, souffrant depuis vingt et une heures, commençait à s'affaiblir, le professeur fut donc obligé d'intervenir ; cette intervention ne donna nullement raison à ceux qui, comme Simpson, préconisent la version dans les cas d'angustie pelvienne, et vient au contraire appuyer l'idée de M. Depaul qui dit, dans ces cas, à cause de la longueur et des difficultés de l'extraction podalique : « enfant bien compromis. » Comme nous l'avons déjà dit, on avait affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne, quant à la position c'était une sacro-latérale droite variété postérieure.

Après avoir endormi la femme par les inhalations du chloroforme, le pied gauche est amené et fixé par un lac, le siège n'est extrait qu'après d'assez fortes tractions, il faut dégager les bras relevés de chaque côté de la tête, enfin l'extraction de la tête est aussi très-difficile. M. Depaul place deux doigts de la main droite dans la bouche et deux doigts de la main gauche sur l'occiput, fait ainsi une espèce de forceps, et après quelques tractions énergiques, comme les os du crâne ne sont pas ossifiés, on entend un petit craquement et la tête finit par passer. Mais l'enfant, pendant ces manœuvres longues et difficiles, avait fait des inspirations, il avait avalé de ces liquides contenus dans la cavité utérine, aussi ne donne-t-il que quelques signes de vie et meurt-il bientôt. La délivrance a été naturelle. On trouve sur le pariétal gauche un enfoncement assez notable de l'os, et une disjonction d'une

des articulations des vertèbres cervicales, résultat des tractions nécessitées pour la sortie de la tête.

Il est probable que l'enfant aurait pu vivre et surtout que toutes ces lésions n'auraient pas été produites s'il y avait eu présentation de la tête. En effet, au moyen du forceps, la tête aurait pu être légèrement comprimée, mieux soutenue, du moins la manœuvre aurait été bien moins longue et moins difficile.

Quant à la mère, ses suites de couches sont tout à fait normales, et jusqu'aujourd'hui 24 juillet, huitième jour après son accouchement, elle n'a pas éprouvé le moindre malaise.

D^r MARTEL.

Du bromure de potassium à très-haute dose dans l'éclampsie puerpérale; par M. le docteur René BIDARD, de Domfront (Orne).

OBSERVATION. — Le 17 juin 1874, je fus appelé en toute hâte au bourg de Champsecret, à 18 kilomètres de Domfront (Orne), auprès d'une dame Chochon, marchande de nouveautés, âgée de 37 ans, d'une constitution nervoso-lymphatique, assez robuste, d'une excellente santé antérieure et d'une nature fort intelligente et très-gaie. Elle n'avait jamais fait aucune maladie grave, et avait accouché, il y a treize ans, d'un garçon actuellement très-robuste : depuis cette époque, ni couche, ni fausse couche, ni fleurs blanches. A chaque époque menstruelle, de violentes migraines qui disparaissaient avec l'écoulement sanguin. En dehors des règles, santé parfaite.

Au moment où je fus appelé près d'elle, elle était enceinte de huit mois et, pendant cette grossesse, elle n'avait éprouvé ni migraines, ni vomissements, ni malaises d'aucune sorte. L'appétit avait été excellent, sa gaieté ordinaire plus grande encore que de coutume, et à aucune époque de sa grossesse elle n'éprouva de refroidissement d'aucune espèce, ni jamais trace de rhumatismes ou d'affection cardiaque.

Cependant, entre le sixième et le septième mois de sa grossesse, elle avait remarqué, sans y attacher grande importance, que ses chaussures devenaient trop étroites et que ses jambes gonflaient assez sensiblement vers le soir : bientôt elle vit ses paupières, surtout la supérieure, dit-elle, gonfler ; puis un peu plus tard elle éprouva dans tout le corps comme une sensation de pesanteur générale, et les doigts étaient engourdis à ce point que le sens du toucher, antérieurement très-délicat, était devenu incertain, ce qui la gênait fort dans son commerce.

Le 6 juin seulement elle consulta un médecin qui passait par hasard dans la localité. Il la rassura sur son état, et lui demanda de lui envoyer un peu de ses urines, ce qui fut fait le lendemain 7 juin. L'acide nitrique n'ayant déterminé aucun précipité, on n'eut pas recours à la chaleur. Aucun traitement ne fut prescrit, excepté une pommade anodine contre une légère tuméfaction de la glande thyroïde dont s'était plainte la malade, et qui persista toujours en conservant le même volume.

Les choses depuis lors se maintinrent dans le *statu quo*. J'ai beaucoup questionné la malade et, comme elle est fort intelligente, j'ai acquis la certitude que pendant les dix jours qui précédèrent ce qui va bientôt être décrit, la vue ne cessa d'être excellente ; il n'y eut aucune céphalalgie, aucun

vertige, aucune rachialgie, aucune douleur épigastrique, aucun vomissement, aucune dyspnée, aucun trouble des sens; enfin ni somnolence ni agitation. Seul, l'œdème des jambes et des paupières persistait avec un léger engourdissement du sens du toucher. Le caractère était exactement le même que de coutume et l'intelligence tout aussi nette.

La veille, le 16 juin, elle alla, par un temps magnifique, à pied, avec son mari, dîner chez des amis, à une lieue de là. L'appétit était parfait, le caractère toujours le même; elle n'éprouva aucune fatigue de sa course de deux lieues, assez longue pour une femme parvenue au huitième mois de sa grossesse. Avant de se mettre au lit, elle mangea un potage de bon appétit, puis dormit sans se réveiller toute la nuit du 16 au 17.

Elle se réveilla à six heures, un peu fatiguée, sans appétit, assez triste; se montra, contre son habitude, peu communicative, vaqua avec lenteur à ses occupations ordinaires, et, vers onze heures du matin, s'affaissa dans son escalier en poussant plusieurs cris. Son mari accourut, la releva et la porta sur son lit. Elle accusait un violent mal de tête et vomit une grande quantité de bile jaune et verte. Il crut au retour de ses migraines habituelles, et alla chercher une religieuse qui lui appliqua des sinapismes sur les jambes. Vers midi, la bouche commença à se dévier à droite, puis à gauche, les yeux obstinément fixés en haut. Les muscles des mâchoires se contractent avec force, puis surviennent des convulsions toniques des muscles de la face, du cou, du tronc et des membres, des bras surtout. Le corps entier était contracturé et soulevé par soubresauts, le rachis un peu courbé en arrière. Les poings étaient fermés avec force, puis convulsions cloniques de tout le corps, mais qui toutefois ne parvenaient pas à le déplacer. Ecchymoses des conjonctives et enfin transpiration abondante. La respiration resta longtemps anxieuse, la face turgescente, violacée, puis bleuâtre. Puis peu à peu tous ces symptômes diminuèrent graduellement d'intensité, et au bout d'un quart d'heure, cet accès, qui devait être suivi de dix-huit autres, prit fin.

Vingt-cinq minutes environ séparèrent le premier du deuxième accès, et dans l'intervalle non-seulement la connaissance ne revint pas, mais le trismus persista, quoique avec un degré moindre d'intensité, et la face ne perdit pas complètement son aspect vultueux et turgescent. On pouvait, sans provoquer la moindre sensation de douleur, pincer et piquer les téguments.

Les pupilles étaient fixement dirigées en haut et en arrière. La religieuse, qui n'avait pas assisté aux leçons cliniques du professeur Troussseau, tenta à quatre reprises différentes, mais en vain, de pratiquer la saignée. Elle n'obtint que 4 à 5 gouttes de sang très-noir.

On avait, sur ces entrefaites, envoyé en toute hâte chercher un médecin à Domfront, et je ne pus arriver auprès de la malade que vers deux heures et demie de l'après-midi. Je la trouvai alors aux prises avec son *neuvième* accès. Le plus fort de tous, au dire des trop nombreux témoins qui encombraient la maison, avait été le troisième accès, pendant lequel la face était restée *noirâtre* pendant deux à trois minutes. Une période de vingt minutes environ avait séparé chacun des accès qui avaient présenté tous la même répétition des symptômes déjà décrits. Je me suis livré à ce sujet à une enquête

des plus sérieuses et tous les détails qui précèdent sont de la plus rigoureuse exactitude.

Le commissionnaire qui m'a vait été expédié ne put me fournir le moindre renseignement, et, partant, je ne pus me munir chez un pharmacien d'aucun médicament et je me trouvai absolument désarmé et impuissant en présence d'une éclampsie puerpérale de la plus extrême gravité.

Le diagnostic sautait en quelque sorte aux yeux en présence de cet abdomen proéminent et n'admettait pas d'hésitation, surtout après les quelques détails sommaires qui me furent alors fournis.

Tout d'abord je me hâtai de pratiquer le toucher vaginal pour savoir ce qui se passait du côté du col de la matrice. Malheureusement, il n'y avait aucun commencement de travail. Le poulx était lent, le trismus très-intense, la face bleuâtre ; la bouche oscillait d'une oreille à l'autre, une salive sanguinolente obstruait les lèvres.

Après avoir fait littéralement couvrir cuisses et jambes de papier-sinapisme, je fis la prescription suivante :

Bromure de potassium très-pur (Fallières). 20 grammes
Eau distillée..... 200 —

Pendant qu'on allait en toute hâte faire remplir cette ordonnance à Domfront, je pus me procurer et appliquer derrière les apophyses mastoïdes 10 sangsues, 3 de chaque côté, qui ne tirèrent que peu de sang, très-noir d'ail leurs. Je sentais, à ma grande surprise, à travers les parois abdominales, des mouvements énergiques du fœtus, et très-souvent je pratiquais le toucher vaginal pour voir si le travail n'allait pas enfin commencer ; et vu l'excessive gravité du pronostic, je ne m'arrêtai à la pensée qui, je dois le dire, me harcelait sans cesse, de provoquer un accouchement artificiel, que pour repousser bien loin cette idée, dans l'intérêt et de notre art et de ma réputation, car le bon public qui m'entourait et m'obsédait de ses avis, plus saugrenus les uns que les autres, n'aurait pas manqué d'attribuer aux efforts que j'aurais pu faire dans ce sens la funeste issue que tout le monde prévoyait et attendait.

Les accès n'avaient pas diminué ni en fréquence ni en intensité : ils se reproduisaient au moins toutes les vingt minutes et duraient chacun de douze à quinze minutes, en offrant toujours la répétition des mêmes symptômes.

Le dix-septième accès venait de finir, quand enfin, vers 4 heures, arriva la solution bromurée. Avant de la formuler je m'étais demandé si je ne devais pas m'adresser au chloroforme ou au moins au chloral ; mais, eu égard à l'asphyxie imminente, je donnai la préférence au bromure de potassium à très-haute dose, et bien m'en prit.

J'administrai la solution par cuillerées à bouche toutes les cinq à six minutes. J'étais réduit à chaque fois à entreprendre une lutte contre les mâchoires qui, fortement resserrées l'une contre l'autre, opposaient un obstacle très-sérieux au passage de l'extrémité de la cuiller. Fort heureusement je parvins toujours à introduire intégralement chaque cuillerée dans la bou-

che, et toujours le mouvement de déglutition s'opéra avec une bien plus grande facilité que je n'aurais de prime abord espéré. La malade n'avait pas conscience du passage de ce liquide d'une saveur si désagréable. — Au bout de cinq quarts d'heure, la solution entière avait été prise, et *deux accès* seulement étaient survenus dans cet intervalle : le premier, très-peu intense, de cinq minutes, et le second, excessivement léger, de deux minutes seulement. La respiration était sensiblement plus libre : le trismus persistait encore, mais très-amointri, la face n'était plus congestionnée, il n'y avait plus, depuis plus d'une heure, de soubresauts du tronc. Les accès étaient bien définitivement vaincus et il ne s'en produisit plus aucun par la suite.

Mais le travail ne se déclarait pas, et évidemment il ne pouvait y avoir d'autre issue favorable à espérer que si l'accouchement avait lieu. Il était 5 heures et demie, et depuis une heure le fœtus ne donnait plus signe de vie. Plus résolu que jamais à ne pas essayer de provoquer artificiellement l'accouchement, je me rappelai alors certaines propriétés abortives récemment attribuées au sulfate de quinine. J'eus la bonne fortune de pouvoir m'en procurer *deux grammes* dans la localité. Ne pouvant l'administrer à la malade que sous forme de solution, je fis dissoudre chaque gramme dans un verre d'eau, grâce à deux cuillerées à bouche environ de vinaigre très-fort. La patiente avala toutes les dix minutes chaque cuillerées à bouche de ce nouveau breuvage, sans avoir la moindre conscience de l'acte automatique de la déglutition qui s'accomplissait toujours assez facilement, ni de la saveur exécrable de cette nouvelle solution.

Maintes fois j'ai constaté l'insensibilité absolue de toute la surface cutanée et même des conjonctives au froid et aux piqûres.

Enfin à 7 heures du soir, à ma grande joie, le travail se déclara ; les douleurs, légères d'abord, devinrent de plus en plus fréquentes et fortes. Le col se dilata lentement, mais progressivement.

Je fis mettre la malade dans un bain de siège dont l'eau était fréquemment renouvelée. Elle ne le quitta qu'à 11 heures pour accoucher d'un enfant de huit mois très-fort, mais sans vie, qui arriva sans qu'il fût nécessaire de recourir au forceps. La délivrance se fit très-aisément.

La malade fut prise immédiatement après d'un frisson très-fort qui dura une demi-heure. Elle ne reprit pas un seul instant connaissance, et vers minuit s'endormit dans un coma profond, stertoreux, dont elle ne sortit que le surlendemain 19 juin, à 9 heures du matin.

En se réveillant, elle n'avait nullement conscience de ce qui s'était passé, pas même de son accouchement. Elle accusait une prodigieuse fatigue dans tous les muscles de la tête, du cou, du tronc et des membres, des bras surtout. Elle se plaignait d'un grand mal de tête et de cuissons ardentes dans les jambes. Elle était comme hébétée et très-assoupie. Elle se rendormit encore pendant seize heures consécutives.

Le 21, elle reprit complètement possession d'elle-même et, dès le 23, elle se remit à ses occupations. Les urines, analysées le 22 par la chaleur et par l'acide nitrique, ne représentaient pas la moindre trace d'albumine.

A aucun moment la malade n'a éprouvé de trouble mental ni de trouble

de la vue. L'œdème des paupières et des jambes disparut dès le 20. Aucune hémiplegie, même légère, ne se manifesta.

La quinzaine suivante elle eut une grande difficulté à faire les plus élémentaires calculs d'arithmétique : la mémoire des chiffres fit, comme on l'a noté si souvent en pareil cas, en grande partie défaut. Au bout de deux semaines, il n'y paraissait plus sous ce rapport, et la santé générale redevint rapidement ce qu'elle n'avait jamais cessé d'être, aussi excellente que possible à tous les points de vue. Les règles reparurent au bout de cinq à six semaines, accompagnées comme jadis de fortes migraines, moins violentes toutefois qu'avant cette attaque d'éclampsie, qui restera gravée dans le souvenir de tous ceux qui en ont été les témoins.

Aujourd'hui, 28 décembre 1874, après six mois écoulés et un examen fréquemment renouvelé, je puis affirmer que depuis cette époque cette femme est demeurée dans un état de santé aussi florissant que possible.

RÉFLEXIONS. — Cette observation me paraît intéressante à un haut degré et à différents points de vue.

D'abord au point de vue du traitement, qui a été institué pour combattre les accès éclamptiques, si fréquents, si graves et si prolongés, qui mettaient à chaque instant en si grand péril les jours de la malade. Malgré toutes les recherches que j'ai pu faire, je ne suis pas parvenu à trouver un seul cas d'éclampsie puerpérale qui, jusqu'à ce jour, ait été combattu exclusivement par le bromure de potassium à haute dose, et ce qui m'a déterminé, je dois le dire sans la moindre hésitation, à m'adresser à ce puissant agent thérapeutique, à coup sûr une des plus grandes découvertes de ce siècle, c'est que je me suis laissé guider par la plus impérieuse des indications qui s'offrait à moi dans le cas que j'avais sous les yeux.

Si le lecteur veut bien se reporter aux conditions dans lesquelles je me trouvais, en présence de ce facies cyanosé et vultueux ; en un mot, de cette véritable asphyxie, non pas au début, mais très-avancée, il comprendra que la première indication à remplir était, si faire se pouvait, *de décongestionner le cerveau*. De là à employer le médicament qui, par excellence, remplit ce but quand il est pur, le bromure de potassium, — et pour le même motif à rejeter l'emploi du chloroforme, le moyen si employé contre l'éclampsie puerpérale, et même le chloral, qu'on prétend se transformer dans l'économie en chloroforme, il n'y avait qu'un pas ; car il me paraît bien difficile de contester que l'anesthésie produisant la détente générale du système musculaire, n'est produite elle-même qu'en déterminant la congestion du cerveau. Donc, en employant chloral ou chloroforme, j'aurais produit une plus grande congestion des centres nerveux, et porté, par ce seul fait et en quel-

ques minutes, le coup de grâce à la malade. Si j'avais eu recours au traitement par le chloroforme, qui est de beaucoup le plus employé dans l'éclampsie, j'aurais très-correctement peut-être, mais très-sûrement obtenu, comme résultat immédiat, le décès de la malade.

Il est impossible d'ailleurs de contester au bromure, et au bromure seul, le mérite du résultat ; car, avant son administration, 17 accès, tous à peu près d'une gravité égale, et par la durée et par l'intensité symptomatique, avaient eu lieu successivement. Rien n'annonçait que cet état de choses si compromettant pour la vie allât prendre fin, quand subitement, sans autre modification à cette situation désespérée que l'ingestion de 20 grammes de bromure très-pur dissous dans 200 grammes d'eau distillée, les accès deviennent et beaucoup plus rares et beaucoup plus faibles, puis disparaissent pour ne plus revenir.

Après avoir vaincu les accès éclamptiques, il restait à provoquer l'accouchement. Au sulfate de quinine seul revient évidemment le mérite du résultat si complètement obtenu. Quelle confirmation éclatante des propriétés abortives du sulfate de quinine, sur lesquelles M. le D^r Duboué (de Pau), après le D^r Monteverdi (de Crémone), ont rendu le très-grand service d'appeler l'attention du monde médical ! Déjà, à différentes reprises, me trouvant dans l'impossibilité de me procurer rapidement de l'ergot de seigle, le sulfate de quinine m'avait rendu de véritables services, et c'est ce qui me donna l'idée, éloigné comme je l'étais alors de toute pharmacie, de faire appel à ses propriétés abortives, et on a pu constater que ce n'a pas été en vain.

Enfin, au point de vue étiologique, il est véritablement digne de remarque que, chez cette femme, l'œdème des paupières et des jambes s'étant manifesté deux mois avant l'éclampsie, aucune trace d'albumine n'a pu être trouvée dans les urines, traitées *neuf jours* avant l'accident par l'acide nitrique, ni *trois jours* après, traitées par l'acide nitrique et par la chaleur combinés. (Union médicale.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 août 1875.

Déviation utérine; traitement et guérison par la myotomie utérine ignée sous-vaginale.

M. le D^r Abeille a présenté à l'Académie des sciences de Paris, un mémoire sur ce sujet très-intéressant, qu'il termine par les conclusions suivantes : 1° Les déviations et inflexions utérines extrêmes ont

été jusqu'ici réputées incurables, et les malades étaient voués leur vie durant, à subir ces infirmités avec toutes leurs conséquences, dont quelques-unes rendent l'existence insupportable. Les moyens pour les guérir ont été insuffisants, souvent illusoires, parfois très-dangereux, et il reste encore officiellement professé qu'à cet égard il faut s'en tenir à l'aphorisme légué par Velpeau : « Les déviations utérines ne tuent pas, mais on ne les guérit pas. »

2° Une pratique qui repose sur neuf années d'expériences et qui se résume en 73 observations, me permet d'établir que les déviations et inflexions utérines, comme les accidents auxquels elles donnent lieu, ou dont elles sont la conséquence, guérissent dans la grande majorité des cas par ma méthode de traitement, et guérissent sans que les malades aient à redouter le moindre danger. A cet égard, il faut distinguer de suite les déviations en celles qui sont libres de toutes adhérences, ou brides intra-pelviennes et qui, par conséquent, sont susceptibles de réduction, et celles qui, maintenues en position par des adhérences des brides, ne sont pas susceptibles de réduction complète. Le nombre de ces dernières est relativement minime, puisque sur 73 je n'en ai observé que 6, et encore, dans ces dernières, on obtient un demi-succès, en ce sens que les malades sont guéris des érosions, granulations, exulcérations, phlegmasie catarrhale chronique et engorgements plus ou moins étendus qui, en somme, sont les causes immédiates des troubles fonctionnels, locaux et généraux, et qu'elles ont, avec certains moyens de contention, la possibilité d'une existence exempte de toute souffrance, avec la liberté de la marche et du travail.

3° La méthode que je propose comprend deux parties distinctes : 1° le traitement général, qui a pour but la reconstitution des forces organiques, qui s'adresse aux diathèses, cachexies, vices de constitutions, etc. ; 2° le traitement local dont l'opération, précédée et suivie de soins et pansement locaux, est la clef de voûte.

Le procédé opératoire auquel j'ai recours est la myotomie utérine ignée sous-vaginale. Il ne peut être mis en pratique avec des instruments tranchants à froid, à cause des hémorrhagies incoercibles qui en résulteraient et de la trop facile production de la résorption putride ou purulente, les orifices de vaisseaux sectionnés restant alors béants.

Il ne pourrait être pratiqué non plus au moyen de la galvano-caustique, à cause de la multiplicité de formes des sections à exécuter, et cela à travers un étroit espace compris entre les parois du spéculum

et le col engagé dans le champ de l'instrument. Il n'est exécutable qu'avec des ténotomes chauffés au rouge brun, ou rouge cerise, très-exceptionnellement au rouge blanc, et, dans ce cas, il faut ensuite escarifier la surface avec un ténotome au rouge brun pour arrêter le moindre écoulement de sang, point essentiel.

Ces ténotomes, fixés à l'extrémité libre de leur longue tige à un manche en bois, sont de formes multiples et variées pour toutes les indications à remplir : mousses ou acérés à leur extrémité, courbes sur plat à droite, à gauche, droits ou obliques, recourbés sur tranchant ou sur dos, à angle plus ou moins ouvert, en col de cygne même, pour s'adapter à l'espace compris entre les parois du spéculum et le col, et pour pouvoir agir sur les points précis. Ils sont donc portés sur ces points et n'agissent que dans le sens, la direction, l'étendue et la profondeur que l'on veut, chose indispensable pour la bonne exécution.

5° Les sections doivent atteindre la couche musculaire moyenne de l'utérus, centre d'action; dans l'antéversion et la rétroversion, il faut faire trois sections transversales vers la jonction du col avec le globe : une à un centimètre ou un centimètre et demi du museau de tanche, et une intermédiaire; il faut ensuite faire deux incisions longitudinales de forme elliptique, allant de la section transversale supérieure à l'inférieure, puis abraser superficiellement les tissus compris entre celles-là. Dans le cas où le museau de tanche est incurvé en col de cornue, on fait, avec un sécateur, par emporte-pièce, une excision en V renversé dont la base embrasse le rebord de la lèvre qui forme la courbe, et le sommet se termine à la section transverse inférieure. Avec des cautères de diverses formes on fait disparaître ensuite les exulcérations, érosions, granulations, quand il en existe, et on va jusque dans la cavité cervicale détruire les granulations et la muqueuse, siège de phlegmasie catarrhale chronique.

6° Dans l'antéversion, les sections doivent porter sur la face antérieure de l'organe; elles doivent être exécutées sur la face postérieure dans la rétroversion. Quand les antéversions ou rétroversions sont obliques à droite ou à gauche, on opère en avant, à droite ou à gauche, pour avoir les cicatrices rétractiles dans le sens du redressement à obtenir.

7° Quand on opère un abaissement de matrice, le procédé opératoire diffère du précédent. Il faut alors faire deux sections, une à droite, l'autre à gauche, vers la jonction du col avec le globe; puis, de cha-

que angle de section, faire partir une incision allant obliquement l'une en arrière, l'autre en avant, pour aboutir aux culs-de-sac renversés. Ces incisions, profondes sur le col, se terminent superficiellement sur les culs-de-sac. Avec le sécateur forme ciseaux, courbe sur plat vers la pointe à angle presque droit, on fait l'excision d'une partie des lèvres du museau de tanche; cette excision porte plus profondément sur la lèvre proéminente s'il y en a une. Si, en même temps qu'abaissement, il y a fort engorgement du col, il faut faire sur chaque face latérale de cette portion de l'organe une incision longitudinale allant de la section transversale supérieure à un demi-centimètre du l'ouverture du museau de tanche.

8° Quand l'abaissement de l'utérus se complique de déviation, le globe est nécessairement abaissé dans le sens où il dévie, et la partie opposée ou n'a pas bougé, ou est remontée. En cas pareil, on opère d'abord pour obtenir le redressement comme dans les déviations; puis, en pratiquant sur les angles de la section supérieure transverse les deux incisions obliques allant aboutir au cul-de-sac renversé, on est sûr d'obtenir le redressement.

9° L'opération n'expose à aucun danger, n'est suivie d'aucun accident, si on a le soin d'obtenir l'escarrification sur tous les points sectionnés; elle n'est jamais suivie d'inflammation chromatique vive, grâce à cette escarrification et à l'application consécutive de la glace sur le bas-ventre. Une seule fois, sur 73 cas, j'ai eu à combattre un commencement d'infection putride due à quelques vaisseaux sectionnés restés béants et fournissant du sang. En escarrifiant ces surfaces avec un ténotome au rouge brun, j'ai tari la source de la résorption et ai pu facilement me rendre maître ensuite des accidents apparus.

10° Quand on explore les malades après guérison complète, on trouve sur le plancher vaginal et correspondant aux sections supérieures transverses ou obliques, de fins replis en saillies résultant de cicatrices inodulaires de la muqueuse qui servent désormais de liens de maintien, tandis que toute la surface du museau de tanche présente un tissu uni comme à l'état normal et comme si aucune incision n'avait été pratiquée.

11° Enfin, non-seulement les fonctions génitales n'éprouvent aucun trouble ultérieur par suite de l'opération, mais dans trois observations, les malades sont devenues enceintes peu de temps après, de trois à cinq mois, et mené la grossesse à bonne fin quand elle n'avait pu être fécondée depuis trois ou quatre ans. (Scalpel.)

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Séance du 19 juillet 1875.

M. BOUCHACOURT communique la première partie d'un travail *sur les hémorrhagies utérines consécutives à l'accouchement*.

M. Bouchacourt étudie d'abord les *causes*, et signale :

1° La rétention d'urine, sur laquelle il ne craint pas d'insister avec Schröder; le cathétérisme fait alors cesser l'hémorrhagie;

2° La laxité des parois abdominales, moins importante peut être qu'on ne l'a dit, mais qui veut être considérée. M. Bouchacourt insiste sur l'utilité du drap alsacien pour prévenir les hémorrhagies secondaires;

3° Le changement de lit trop prompt; ce changement ne doit pas être opéré avant cinq ou six heures écoulées depuis l'accouchement;

4° La tendance à enlever trop tôt les linges souillés;

5° La chaleur du lit ou de la chambre et même les applications chaudes sur le ventre, que font certaines gardes;

6° La multiparité et les grossesses rapprochées, qui sont des causes prédisposantes incontestables;

7° Les fibromes utérins. Sur ce point la pratique n'a pas justifié complètement les appréhensions théoriques.

Quant au *traitement*, M. Bouchacourt n'insiste pas sur les moyens classiques, mais s'étend sur ceux qui ont pris récemment de l'extension, spécialement sur les injections et le tamponnement au perchlorure de fer. A ce sujet, il cite la très-intéressante observation d'une jeune femme prise au troisième jour des couches d'une endométrite violente consécutive à un tamponnement du vagin et de l'utérus avec des bourdonnets imbibés de perchlorure. Trois mois après, il y avait à trois centimètres de la vulve une bride circulaire à ouverture centrale laissant à peine passer une sonde de femme; la dilatation n'a pu être obtenue complète qu'au bout de cinq mois, et on trouva alors un col à peu près disparu, sans la moindre trace d'orifice. Cette communication devant donner lieu à une discussion dans la prochaine séance, l'auteur se réserve de la compléter alors.

Séance du 2 août 1875.

M. BOUCHACOURT continue sa communication *sur les hémorrhagies utérines consécutives à l'accouchement*.

L'auteur, parlant de l'évacuation du sang contenu dans l'utérus,

dit qu'il a longtemps, comme tout le monde, suivi cette pratique, laquelle ne doit pas être mise en œuvre d'une façon banale et n'est pas sans danger, ainsi que les faits le lui ont montré. Il a reconnu que l'introduction de la main dans l'utérus est souvent la cause de métrites, de métro-vaginites et même de péritonites. Il cite l'exemple d'une jeune femme de vingt-quatre ans, prise d'hémorrhagie après l'accouchement, chez laquelle on dut introduire quatre fois la main pour vider l'utérus, et qui eut une péritonite. On doit du reste respecter les caillots qui font l'office d'obstruteurs. Ce qui est utile, c'est la contraction de l'utérus révélée par des douleurs de reins, ce sont les tranchées utérines qui amènent l'évacuation spontanée des caillots. M. Bouchacourt est du reste très-porté à conseiller l'examen du col après l'accouchement, soit au point de vue de l'étude du retrait de l'utérus, soit au point de vue de la recherche des sources d'une hémorrhagie.

L'auteur est convaincu que le seigle ergoté est le meilleur des moyens hémostatiques. Mais que faut-il en penser comme moyen préventif de l'hémorrhagie, et, dans ce cas, à quel moment doit-on le donner? Il attache une telle importance à l'administration du seigle ergoté comme moyen préventif des hémorrhagies utérines, qu'il irait jusqu'à le prescrire sur la fin du travail, au moment où la tête est sur le point de franchir la vulve. Mais il faut y joindre, aussitôt la femme délivrée, les frictions sur l'abdomen; ces frictions ne doivent pas être trop douces; il faut limiter l'utérus avec les mains, et faire une série de pressions; ces excitations peuvent conduire à l'expression utérine.

M. Bouchacourt ne peut s'empêcher de faire en passant quelques réflexions sur ce que devient le sang resté dans l'utérus. Les caillots, de meurés longtemps dans la cavité utérine, peuvent-ils dégénérer? Les prétendus polypes fibrineux n'ont pas, d'après lui, cette origine, mais se développent sur des portions de placenta ou de membranes restés dans l'utérus. Les caillots peuvent être le point de départ d'altérations des parois, de métrites internes ou parenchymateuses; les hémorrhagies se retrouvent souvent dans l'étiologie des affections utérines.

A côté des hémorrhagies dont il vient d'être question, il en existe un second groupe, les hémorrhagies secondaires, bien étudiées il y a quelques années par M. Pomiès dans un excellent mémoire, et qui peuvent se produire un certain temps après l'accouchement. M. Bouchacourt cite le fait d'une jeune femme, accouchée depuis plusieurs semaines, qui fut prise de petites hémorrhagies répétées; un jour, une hémorrhagie un peu plus abondante amena une syncope et la mort.

Doit-on aussi, dans ces cas, faire l'évacuation de l'utérus? Il est préférable de pratiquer avec la sonde à double courant de Stoltz des injections intra-utérines qui nettoient la cavité. Quant à la curette de Pajot, c'est un instrument à avoir pour le montrer, mais non pour s'en servir.

Il est enfin une forme d'hémorrhagie qui n'a pas été assez étudiée, c'est l'hémorrhagie secondaire des nourrices. Elle se montre un certain nombre de jours, dix, quinze, vingt jours après l'accouchement, se renouvelant chaque fois que l'enfant prend le sein. L'examen local fait reconnaître dans ces cas-là que le col est gonflé, entr'ouvert; en même temps le corps de l'utérus est plus mou, moins revenu sur lui-même qu'il ne devait l'être. Dans ces hémorrhagies de nourrice, il ne faut pas craindre de laisser lever les malades. La cessation de l'allaitement fait cesser ces hémorrhagies.

M. PERRIN s'étonne de cette dernière assertion, et demande si ces mêmes femmes, atteintes d'hémorrhagies étant nourrices, n'auraient pas eu d'hémorrhagies plus abondantes si elles n'avaient pas nourri. Tous les accoucheurs s'accordent à dire que les femmes qui allaitent ont moins d'accidents que celles qui ne le font pas.

M. DIDAY rapporte un fait à l'appui de l'opinion de M. Bouchacourt, fait où la contre-épreuve existe. Une jeune femme ne nourrit pas son premier enfant et n'a pas d'hémorrhagie secondaire; après sa seconde couche, elle nourrit et a une hémorrhagie.

M. LACOUR tient à appuyer aussi ce qu'a dit M. Bouchacourt; les hémorrhagies secondaires sont l'obstacle le plus sérieux au nourrisage; on les fait cesser en supprimant l'allaitement.

M. LAVIROTTE cite un fait dans le même sens; une jeune femme accouche deux fois, nourrit deux fois et a deux fois des hémorrhagies; elle accouche une troisième fois, ne nourrit pas et n'a pas d'hémorrhagies secondaires.

M. FAVRE, à propos du fait de tamponnement au perchlorure cité par M. Bouchacourt dans la première partie de sa communication, dit avoir observé un fait analogue: on fit un tamponnement au perchlorure pour arrêter une hémorrhagie après l'accouchement; il y eut des douleurs vives, on craignit même une péritonite, mais la malade guérit.

M. BOUCHACOURT ne peut accepter l'opinion de M. Perrin sur l'innocuité de l'allaitement. Il est certain, il ressort d'une série de recherches, spécialement de celles de M. Jacquet, un de ses anciens chefs de clinique, que le retrait utérin se fait moins bien, plus lentement chez les femmes qui nourrissent, et que les tranchées sont chez elles plus fréquentes et plus intenses. Un certain nombre de femmes ont des douleurs utérines chaque fois que l'enfant prend le sein. Il y a enfin une antéflexion spéciale qui est causée par le nourrissage.

M. PERRIN. Ce que vient de dire M. Bouchacourt indique une tendance à une moindre aptitude au nourrissage, une sorte de dégénérescence de la race.

M. LACOUR appuie ce qu'a dit M. Bouchacourt sur l'abus des manœuvres faites dans l'utérus; il croit qu'on abuse souvent de la délivrance artificielle.

M. P. MEYNET demande si, en donnant le seigle ergoté comme préventif au moment des dernières douleurs, on ne risque pas de provoquer des douleurs trop violentes et de trop fortes pressions sur le périnée; ne vaut-il pas mieux le donner après la sortie de l'enfant et avant celle du placenta? Il demande à M. Bouchacourt ce qu'il pense de l'administration de l'ergotine à une nouvelle accouchée que l'on quitte après la délivrance, et s'il croit que, dans les cas d'hémorrhagie, l'ergotine peut remplacer le seigle ergoté? Enfin, puisqu'il a été question des polypes fibreux, n'est-ce pas à leur présence que sont dues certaines hémorrhagies secondaires, souvent peu abondantes mais fréquemment répétées, et n'est-il pas indispensable d'aller chercher et d'enlever ces polypes?

M. SOULIER demande aussi des renseignements sur le moment de l'administration de l'ergot de seigle; M. Bouchacourt l'a-t-il souvent donné vers la fin du travail, et n'a-t-il pas eu d'accidents? Pour ce qui est de la valeur comparative de l'ergot de seigle et de l'ergotine, M. Soulier déclare qu'il n'a pas confiance dans l'ergotine, et croit le seigle ergoté beaucoup plus sûr.

M. BOUCHACOURT, pour le moment de l'administration du seigle, accorde à MM. Meynet et Soulier qu'il est prudent de le donner immédiatement après la sortie de l'enfant; mais il ne faut pas tarder plus, de peur d'être surpris par une hémorrhagie. Il préfère dans ces cas l'er-

got pulvérisé récemment à l'ergotine, regardant celle-ci plutôt comme un support de la rétraction utérine que comme un véritable et puissant hémostatique. Il donne le seigle à la dose de 50 centigrammes en une prise, toutes les quinze ou vingt minutes, et l'ergotine à la dose de 50 centigr. à 1 gr. au plus dans une potion additionnée de 4 à 5 grammes de teinture de cannelle.

Quant aux hémorrhagies produites par des polypes fibreux, M. Bouchacourt pense comme M. Meynet; du reste, tous les corps étrangers utérins donnent lieu à des hémorrhagies; on doit donc y songer, et, comme l'a dit très-bien Marion Sims, on ne doit pas permettre à l'utérus de perdre une certaine quantité de sang sans lui demander pourquoi. Quand les polypes fibreux amènent des hémorrhagies répétées, on doit aller les enlever, sauf à dilater d'abord le col si l'on est un peu loin de l'accouchement.

(*Lyon médical.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Le Bassin dans les sexes et dans les races, par M. VERNEAU, docteur en médecine de la Faculté de Paris, préparateur d'anthropologie, au Muséum d'histoire naturelle, membre de la Société d'anthropologie. Paris 1875, in-8° de 156 pages avec 16 planches lithographiées, par M. J. FORMANT. 6 fr.

Special Rules for the Management of Infants during the Hot Season. — Philadelphia.

Clinical memoir on Turning in pelves narrowed in the conjugate diameter. — Bey. W. Goodell. — Philadelphie.

Fibro mioma uterino esportato felicemente collo schiacciamento lineare, par le Dr CALDERINI. — Parma.

Considerazioni generali sulle infezioni nelle puerpere e relazione di cinque casi di scarlatina nel puerperio, par le Dr CALDERINI. — Parma.

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

EN CAS DE TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES REMPLISSANT
L'EXCAVATION PELVIENNE

Par le Dr **H. Cazin** (de Boulogne-sur-Mer),

Chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

(Mémoire lu à l'Académie de Médecine, le 11 mai 1875.)

- Sauver d'un seul coup de main plusieurs
- individus à la fois, telles doivent être les
- tendances avouées et les constantes aspira-
- tions de notre art. •

GUÉNIOT, *Thèse de concours pour l'agrégation. — Parallèle entre l'opération césarienne et la céphalotripsie.*

Le professeur Depaul en terminant à la Société de chirurgie en 1868 une intéressante lecture sur les corps fibreux utérins compliquant la grossesse, dit : « Certains fibromes péritonéaux constituent une des plus graves complications de la grossesse et soulèvent les questions les plus embarrassantes de l'obstétrique. La science est loin d'être faite sur ce point important, qui est digne de toutes les méditations des chirurgiens » (1).

En effet, les fibromes qui, implantés sur la face postérieure du corps

(1) Société de chirurgie. Séance du 12 août 1868.

de l'utérus, sont exposés à se développer du côté de l'excavation pelvienne, peuvent entraver l'accouchement naturel et arriver à obstruer presque complètement cette cavité. Dans ces circonstances, la vie de l'enfant et celle de la mère sont en danger. Sur 42 cas de corps fibreux ayant amené la dystocie par obstruction de la filière pelvienne classés par M. Tarnier (1), ce distingué chirurgien a vu que la maladie a entraîné cinq fois la mort des malades avant l'accouchement, et sur ces 42 malades, il n'y a eu en définitive que 15 guérisons, c'est-à-dire 20 0/0.

Le nombre des cas connus et publiés est plus considérable et la thèse très-bien faite du Dr John Lambert (2) contient sur ce point des renseignements aussi complets que le comportait un sujet envisagé d'une façon aussi générale. Ce consciencieux travail montre, du reste, la question sous un jour un peu moins sombre que ne l'avait fait la statistique réellement insuffisante de M. Tarnier.

Passons rapidement en revue les éventualités, qui, dans les cas qui nous occupent, peuvent se présenter au moment du travail.

Bien rarement le petit volume de l'enfant et l'accouchement prématuré ont permis que la délivrance s'opérât spontanément (3).

Quelquefois l'enfant meurt, se putréfie et est éliminé par lambeaux ou fortement aplati (4). On a vu la mère ne pas accoucher et mourir sans être délivrée (5) ; la rupture de l'utérus a aussi été notée (6).

(1) Société de chirurgie, 1869, et *Gaz. hebdomadaire*, 1869, p. 172.

(2) LAMBERT, *Grossesses compliquées de myomes utérins*. Th. de Paris. 1870, n° 268 (248 pages).

(3) HABIT, in *Zeitsch. der Ges. der A. zu Wien*, 1860, 184.

(4) Telles sont les observations de : Amand, cité par Simon dans ses *Recherches sur l'opération césarienne* (Mém. de l'Ac. de chirurgie, 1763, t. I, p. 375, et t. II, p. 1), — Bartholin (*Hist. anat. cent. I, obs. 94*). — Il en existe aussi dans les *Misc. curios. nat.*, années 1670, obs. 18, 1671, obs. 254 et 86. — Béclard a observé à la Maternité, en 1813, un cas semblable. Tout récemment, le même fait s'est produit à Cochon, dans le service de mon ami Polaillon (Société anatomique, séance du 6 février 1874).

(5) De Haën, cité par Puchelt (*Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus, cum proef. Nægele Heid. 1840*), p. 68; — Thomas Bartholin, *ibid.*, p. 58; — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1833; — Kiwisch, cité par Breslau, in *Monatsch. f. Geb.* 1863, Bd. XXX, p. 146; — R. Lee, cité par le même, p. 146.

(6) Fabrice de Hilden (*De hernia uterina et partu cesareo*), et in Puchelt, p. 75; — Knobloch, cité par ce dernier, p. 74; — D. Simonis, Aloysii Tudecis, in *Ephem. cur. nat. Dec. I, ann. 2, 1671 (obs. CCLIV)*.

D'un autre côté, il est arrivé que la nature s'est chargée d'ouvrir un passage facile à l'enfant, surtout lorsque le fibrome sessile, mais mobile, libre d'adhérences, a pu, suivant l'expression du D^r Gueniot (1), être attiré en haut par les forces qui président à la dilatation du col et peut-être par les modifications qui se produisent dans la forme de l'utérus après l'écoulement des eaux de l'amnios (2). L'ascension spontanée a quelquefois été aidée par le refoulement à l'aide de la main, et par une position appropriée donnée à la femme.

Sans contredit, ce sont là les cas les plus heureux. La mort n'a eu lieu que lorsque l'on a eu recours à des ponctions de la tumeur ou à des tentatives d'excision partielle.

Malheureusement la tumeur reste souvent immobile. Il a, alors, fallu que l'art intervint d'une façon plus active, mais par des moyens différents suivant les cas et les diverses indications; soit en effet, par le forceps (3), quand l'introduction des branches était possible; soit par la version (4); soit par l'embryotomie, que l'on a, disons-

(1) Société de chirurgie, séance du 8 juillet 1868. — Consultez aussi Gaz. des Hôpitaux, 1864, p. 69, des tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, et dans le Bull. gén. de thérap.: 1866, vol. LXXI, p. 253: des grossesses compliquées et de leur traitement.

(2) Beatty, in Dublin Med. Journ., 1840, vol. XVII, p. 414.

Martin Barry, Edinb. Monthly Journ., 1848, vol. VIII, p. 137.

Thirion, in Ingleby, Edinb. Journ., 1836, p. 174, et Mémoire sur la Dystocie due aux parties molles, in Arch. gén. de médecine, 1839, t. V, p. 242.

R. Frankin, Edinb. Monthly Journ., 1850, vol. XI, p. 42.

Pillore, Gazette des Hôpitaux, 1854, n° 137.

Spaeth, in Zeitsch. der Ges. der A. zu Wien, 1860, n° 10.

Madge, Obstetrical Transactions of London, 1862, vol. IV.

Hecker, in Monatschrift für Geb. Bd. XXVI, p. 446.

Gueniot, Gaz. des Hôpitaux, 1868, n° 67, et Société de chirurgie, 8 juillet 1868.

Depaul. Gaz. des Hôpitaux, 1868, n° 94.

Blot, Gaz. des Hôpitaux, 1869, n° 38.

Depaul, in de Castet, Considérations sur les corps fibreux utérins dans la grossesse et l'accouchement. Th. de Paris, 1874, n° 203.

Bird, in the Practitioner, 1872, vol. IX, p. 23.

(3) D'Outrepoint, Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geb., 1829, et Arch. gén. de médecine, 1830, 1^{re} série, vol. XXXIII, p. 121. — Macker, Comptes-rendus du service de M. Macker à l'hôpital civil de Colmar, pendant les années 1862, 63. — Blot, Société de chirurgie, 10 février 1869.

(4) Magistel, Gaz. méd. de Paris, juillet 1836.

le, pratiquée bien rarement (1); soit enfin par l'opération césarienne.

Dans les cas, heureusement peu fréquents, où la tumeur, agissant à la manière d'un bloc immobile, ne laissant libre au devant d'elle qu'une étendue insuffisante pour les manœuvres obstétricales, offre à la sortie du fœtus vivant ou mort une barrière insurmontable, c'est le seul recours du chirurgien.

Rousset (2) est le premier qui ait cherché à établir l'indication de cette opération lorsque des tumeurs : « squirrhes, loupes, etc., peuvent étouffer les voyes. » Les traités classiques d'accouchements donnent peu de détails sur ce sujet (3).

J'ai pu, à force de recherches, réunir vingt et une observations authentiques d'opération césarienne pour fibrome utérin que j'ai classées chronologiquement et dont suit le résumé :

Blot, *Gaz. des Hôpitaux*, 1869, 1838, et Thèse pour l'agrégation de Tarnier, 1860.

Depaul, *in* Dubar, des Tumeurs fibreuses de l'utérus compliquant la grossesse. Thèse de Paris, 1864, n° 29.

Bezold, *in* Breslau, loc. cit., p. 141.

(1) Mitchell, *in* The Lancet, 1856, vol. II, p. 73.

(2) Traité nouveau de l'Hystéromotokie ou enfantement césarien, qui est l'extraction de l'enfant par incision latérale du ventre et matrice de la femme grosse, ne pouvant autrement accoucher, et ce, sans préjudicier à la vie de l'un et de l'autre, ni empêcher la fécondité maternelle par après, Paris, 1581, p. 2 à 10. — L'année suivante, G. Bauhin traduisit ce livre en latin et y ajouta des observations. — Dans une édition ultérieure, il y adjoignit encore un *Appendix ad Rossetum*.

(3) Levet, l'Art de l'accoucheur, Paris, 1760, p. 121, et Mém. présenté à l'Académie de chirurgie, 1757.

Denmann. Introduction of Midwifery, trad. Kluysken. Paris, 1802, t. II, p. 188.

Lenoir. Atlas complémentaire de tous les traités d'accouch., p. 100, et planche XXIII, fig. 1 et 2.

Churchill. The Theory and Practice of Midwifery, London, 1860. — Traité prat. des maladies des femmes. Trad. Leblond, 1871, p. 524 et suiv.

Chailly. Traité d'accouchements, 1861, p. 574-79.

Cazeaux et Tarnier. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, Paris, 1865, p. 680.

Simpson. Obstetrical Works, 1855.

Barnes. Obstetrical Operations. London, 1870.

West Diseases of women, trad. Mauriat, Paris, 1870.

Obs. I. — 1833 (1). — Écoulement spontané des eaux. 19 heures de travail. Tumeurs énormes. Enfant vivant. Mort par épuisement 21 heures après l'opération. Autopsie. Pas de péritonite. Tumeur fibreuse, réniforme, pesant 8 livres.

Obs. II. — 1834 (2). — Femme de 30 ans, délivrée antérieurement par le forceps. Tumeur très-volumineuse faisant bomber le périnée, ne laissant que quelques millimètres entre elle et la symphyse. Opération césarienne. Enfant vivant. Mort par péritonite 48 heures après l'opération.

Obs. III. — 1843 (3). — Tumeurs fibreuses multiples ayant déjà amené un avortement. Une deuxième grossesse à terme, accouchement naturel impossible; écoulement spontané des eaux. Ponction infructueuse de la tumeur; opération césarienne. Enfant vivant. Immédiatement après l'extraction, hémorrhagie abondante. *Plaie utérine béante et renversée en dehors; l'utérus lui-même reste dilaté.* Mort par collapsus 48 heures après l'opération.

Obs. IV. — 1843 (4). — Femme de 41 ans : deux tumeurs, dont une pelvienne, ayant augmenté par la grossesse. Diamètre antéro-postérieur, 15 lignes. Rupture spontanée de la poche des eaux. Opération le 1^{er} février. Enfant vivant. Rien de particulier à noter pendant l'hystérotomie. Disons seulement qu'on recouvrit la plaie abdominale suturée avec une plaque de *staniol* (étain laminé pour l'étamage des glaces). Guérison au bout de 26 jours, sans péritonite. La matrice, en raison des adhérences, resta en face de la cicatrice cutanée.

Obs. V. — 1844 (5). Fille de 22 ans, à six mois de grossesse. Enfant mort. Tumeur occupant la presque totalité du vagin. Ponction exploratrice ne donnant issue à aucun liquide. Cinq jours après le début du travail, opération césarienne. « On place un point de suture ordinaire sur les parois mêmes de l'utérus, de telle sorte que l'anse du fil ne comprenne que la moitié interne de l'épaisseur de la paroi. » Péritonite. Ballonnement extrême. « Une sonde œsophagienne introduite dans le rectum laisse écouler une certaine quantité

(1) Attribuée à Montgomery, mais exécutée par Porter. (Dublin Medical Journal, 1835, vol. VI, p. 418.)

(2) Putégnat de Lunéville. Gaz. des Hôpitaux, 1840, n° 79, et reproduite dans un ouvrage du même auteur intitulé : « Quelques faits d'obstétricie. » Paris, 1870, p. 183.

(3) Kilian, cité par Etlinger (Observationes obstetricæ per tredecim menses in clinico Bonnensi institutæ), Bonnæ, 1840, p. 50, et par Breslau in Monatsch. f. Geburtsk. Bd. XXV, suppl., p. 143.

(4) Mayor, de Genève. Observation recueillie par Mayor fils, et publiée par Thibault. Tumeur du petit bassin qui a nécessité l'opération césarienne et in Arch. gén. de méd., 4^e série, vol. V, p. 185.

(5) Malgaigne, cit. V. Thibault, dans le mémoire précédent, p. 171, et Société anat., 1844.

de gaz et de matières fécales, ce qui amena du soulagement. » Mort 24 heures après l'opération. Autopsie : début de péritonite par épanchement de lochies dans la séreuse abdominale.

Obs. VI. — 1851 (4). — Femme de 45 ans, à terme. Rupture spontanée de la poche amniotique. Enfant vivant. Mort le 5^e jour de péritonite.

Obs. VII. — Gensoul 185... (2). — Pas de renseignements circonstanciés. Mort 18 heures après l'opération.

Obs. VIII. — Churchill (3) cite sans indication précise le D^r Shekleton comme ayant été obligé de pratiquer l'hystérotomie pour tumeur fibreuse.

Obs. IX. — 1853 (4). — Femme de 41 ans, à terme. Rupture spontanée des membranes. Tumeur ne laissant entre elle et le pubis que 35 millimètres.

Après quatre jours de travail, opération césarienne. Enfant vivant. Inertie utérine ; les lèvres de la plaie utérine n'étaient en contact que par la partie profonde, cependant on ne fit pas de sutures. Mort par affaiblissement graduel vingt-six heures après l'opération. Autopsie. Il n'est pas fait mention de péritonite.

Obs. X. — 185... (5). — Femme mariée depuis quatorze ans, trois fausses couches ant. à terme. Tumeur fibreuse présentant à peine le passage de deux doigts en avant. Opération. Enfant vivant. Mort de la mère cinquante-sept heures après. Autopsie, le fibrome mesurant 23 centimètres de diamètre. Aucune mention de péritonite.

Obs. XI. — 1854 (6). — Primipare de 40 ans. Tumeur causant dystocie, ponction par le rectum, sans succès. Opération. Enfant vivant. Hémorrhagie diminuée par compression de l'aorte. Prolapsus de l'intestin. Mort au bout de trente heures. Autopsie. Deux fibroïdes volumineux à la face postérieure de la matrice ; un grand nombre d'autres plus petits.

Obs. XII. — 185... (7). — Femme, en travail depuis trois jours. Morte de péritonite le septième jour.

Obs. XIII. — 1854. — L'enfant étant vivant ; il mourut pendant l'opé-

(1) Pillore, Gaz. des Hôpitaux, 1854, p. 547.

(2) Cité par Breslau. Recueil d'obs. classées in *Monatsch. f. Geburts.* Bd. XXV, suppl., p. 143.

(3) *The Theory and Practice of Midwifery* ; London, 1860.

(4) Waller, *Med. Times and Gazette*, 1853 March, p. 266, avec figures. L'opérateur était le D^r Legros Clarke.

(5) Lehmann, cité par Magdelaine, étude sur les tumeurs fibreuses sous-péritonéales de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité. Th. Strasbourg, 1869, 3^e série, n° 171.

(6) Faye, in Breslau ; loc. cit., p. 145, et *Norsk Magazin*, Bound 6, 1854.

(7) Depaul, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1868. Leçons orales à la Faculté, 1870.

ration. Mort par péritonite. A l'autopsie, tumeur pelvienne très-volumineuse ; plusieurs autres dont une interstitielle (1).

Obs. XIV. — 185... — Une couche antérieure très-difficile. Nouvelle grossesse à terme. Travail durant quarante-huit heures. Enfant mort. Opération, extraction d'un fœtus putréfié. Mort quarante-six heures après la délivrance (2).

Obs. XV. — 1856 (3). — Femme de 43 ans. — Enorme tumeur fibreuse appréciable pendant la grossesse, occupant toute la partie droite de l'abdomen et montant jusque sous les fausses côtes ; une seconde tumeur moins volumineuse, en avant. Après six jours de travail, opération césarienne. *Incision sur le côté gauche de l'abdomen*, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, mesurant de 13 à 14 centimètres de haut, commençant à sa partie supérieure à 8 ou 9 centimètres, et se terminant à sa partie inférieure, à 4 centimètres du raphé médian, et à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Enfant vivant. Peu de fièvre. Pas de péritonite. Pendant les huit premiers jours les lochies coulèrent par la partie inférieure de la plaie laissée béante. Au bout de quinze jours, cicatrisation presque complète.

Obs. XVI. — 1854 (4). — Primipare de 28 ans. Diamètre du détroit supérieur réduit à 2 cent. 1/2. Opération césarienne après rupture spontanée de la poche amniotique. Enfant vivant. Mort le cinquième jour par péritonite. Pas d'autopsie.

Obs. XVII. — 185... (5). — Jeune femme ayant déjà eu plusieurs couches

(1) Huguier, Société anatomique, décembre 1854. Ce cas est cité par Cruveilhier, *Anat. pathologique gén.*, vol. III, p. 697 et par Guyon, thèse de conc. pour l'agrég. : « Des tumeurs fibreuses de l'utérus ; Paris, 1860 », qui a donné une bonne lithographie de la pièce anatomique.

(2) Schmidt's Jahrbücher, 1855, no 10, Retzius, cité par Pihan Dufeillay, études sur les statistiques de l'opération césarienne. *Arch. gén. de méd.*, 1861, vol. II, p. 162.

(3) Obs. publiée par le Dr Rupin, in *Gaz. des Hôpitaux*, 1857, p. 27. L'opérateur était le Dr Hiron. Ce fait est assurément le même que le Dr Tarnier a cité à la Société de chirurgie en 1869 comme ayant été un succès obtenu par le Dr Duclos, lequel n'a fait que conseiller l'opération. Les statistiques et les recherches bibliographiques sont ici très-difficiles parce que ce ne sont pas toujours les opérateurs qui publient les résultats de leur pratique. Il s'ensuit que quelquefois le même cas est attribué à deux chirurgiens différents.

(4) In Binn Pr. Ver. Ztg, 50, 1854, cité par le Schmidt's Jahrbücher, 1855. T. 85. Opérateur Laroche.

(5) Observation attribuée à Legonais, de Nantes, et reproduite sans indication de sources par Guyon. Thèse de concours : « Des tumeurs fibreuses de l'utérus ; » Paris, 1860, p. 124.

heureuses. Opération césarienne. Mort. L'autopsie ne parle que de la tumeur, mais on ne dit quelle fut la cause de l'issue fatale. Aucun renseignement sur l'enfant.

Obs. XVIII. — (1). — Primipare de 29 ans. Au moment du travail, immense tumeur reconnue, occupant l'excavation. Opération césarienne après vingt-quatre heures de douleurs. Enfant vivant. Après l'extraction du placenta, effroyable hémorrhagie veineuse, venant de l'intérieur, mais surtout des lèvres de la plaie de la matrice. Péritonite. Ballonnement énorme. Le Dr Eby introduit dans l'estomac une sonde œsophagienne qui produit un vomissement abondant et la sortie de beaucoup de gaz. Le météorisme diminue et la malade se trouve soulagée. Après une légère amélioration, mort au huitième jour. Autopsie. Péritonite. Métrite gangréneuse. Un fibromyome enkysté.

Obs. XIX. — 1864 (2). — Femme de 35 ans. Tumeur interstitielle de la paroi postérieure diagnostiquée pendant la grossesse. Opération vingt-quatre heures après le début du travail. L'utérus, parsemé de tumeurs fibreuses dont quelques-unes occupaient les lèvres de l'incision, ne se contracta pas; hémorrhagie en nappe; on réunit les lèvres de la plaie utérine par la suture. Mort vingt-deux heures après. Autopsie. Lèvres de la plaie utérine parfaitement adaptées. Pas de péritonite.

Obs. XX. — 1868 (3). — Fille de 29 ans; accouchement antérieur ayant duré trois jours et terminé par le forceps. Tumeur s'étendant de l'hypochondre droit à l'ombilic; seconde tumeur obstruant la cavité pelvienne. Tentatives infructueuses de refoulement. Ecoulement spontané des eaux. Opération. Enfant vivant. La plaie utérine restant béante, on essaya d'en rapprocher les bords par la suture métallique. Mort par péritonite quarante heures après l'opération. Autopsie. Plusieurs tumeurs interstitielles et les deux tumeurs constatées pendant la vie.

Obs. XXI. — Femme de 38 ans (4); tumeur excessivement volumineuse diagnostiquée avant le mariage; grossesse; la tumeur occupe la moitié de l'abdomen, s'étendant obliquement de la crête iliaque droite aux fausses côtes du côté opposé, et venant s'engager dans le pelvis où elle comprime les organes (dysurie, douleurs dans les membres inférieurs, difficulté de dessiccation). L'utérus gravide s'est développé au-dessus et vers la partie supérieure droite du ventre.

(1) Putégnat, de Lunéville. Quelques faits d'obstétricie, p. 186 et suivantes. C'est la deuxième opération de ce distingué chirurgien; elle a fait le sujet de la thèse inaugur. (Strasb.) de Bruneau, « Des tumeurs fibreuses du bassin comme cause de dystocie ». Strasbourg, 1863, n° 667.

(2) Breslau. C'est l'opération qui fut le point de départ de ses recherches, déjà citées et publiées in *Monats f. Geburt.*, 1865. Bd. XXV, p. 122.

(3) Stoltz, cité par Magdelaine. Etude sur les tumeurs sous-péritonéales de l'utérus compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité. Th. Strasbourg, 1869, 3^e série, 1871.

(4) The Practitioner, vol. IX, p. 21 et suiv., 1872.

Début du travail, tentatives de refoulement. Ecoulement des eaux. Opération à l'ouverture de l'abdomen, la tumeur apparut occupant les points indiqués, mais elle s'étendait plus haut que l'incision, de sorte que Bird fut obligé de faire un débridement plus étendu. Enfant vivant. Hémorrhagie par blessure du placenta, puis inertie sans hémorrhagie. La tumeur située au-dessous formant coin, l'adaptation des lèvres de la plaie ne put être obtenue à la partie inférieure. Péritonite. Tympanite très-marquée. Mort par péritonite et asphyxie par impossibilité d'abaissement du diaphragme. Pas d'autopsie.

Je dois ajouter que le Dr Linas (1) attribue l'exécution d'une opération césarienne pour tumeur fibreuse à Soumain et à M. Jacquemier.

Je ne fais pas entrer ces cas en ligne de compte, parce que je n'ai pu remonter aux sources. — J'ai aussi dû négliger une fort intéressante observation de W. Lyon (2), qui, à la rigueur, par les symptômes et les complications, se rapporte à notre sujet, mais dans laquelle l'autopsie a fait découvrir un kyste dermoïde de l'ovaire adhérent à l'utérus et au petit bassin.

La lecture des observations que j'ai colligées fait voir que les résultats de l'hystérotomie, en cas de fibrômes, sont désastreux, puisque, sur vingt et un cas, il n'y a eu que deux succès. Vis-à-vis de proportions aussi désespérantes, on comprend que M. Tarnier (3) ait dit que « c'était là une opération détestable, que l'on ne devait faire que quand on ne pouvait faire autrement », et l'on n'a pas lieu de s'étonner en lisant dans un article de M. Stoltz (4), qui, sans aucun doute, n'avait pas connaissance des cas de succès que je cite, ces mots décourageants : « la mort des opérées en a toujours été la conséquence. »

Je viens de me trouver en présence d'un fait où l'opération, après de nombreuses péripéties, a été heureuse pour la mère et pour l'enfant.

Permettez-moi de vous le rapporter, persuadé que vous excuserez la quantité inévitable des détails en raison de leur importance au point de vue pratique.

(A suivre.)

(1) Considérations pratiques et déontologiques sur les corps fibreux de l'utérus, par le Dr Linas; Gaz. hebdomadaire, 29 janvier 1869, p. 66 et suiv.

(2) Edinburgh Monthly Journ., déc. 1845.

(3) Gaz. des hôpitaux, 1869, n° 45.

(4) Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Art. Dys-tocie. T. XII, p. 136.

OBLITÉRATION COMPLÈTE DU COL

Observation recueillie par M. le Dr **Charpentier**,
Professeur agrégé à la Faculté.

Le 16 septembre 1875, à 6 heures du matin, Mme Ibert, sage-femme, rue Gambey, 22, me faisait demander pour une malade qui présentait, disait-elle, une oblitération du col, et qui était en travail depuis près de 48 heures. Je m'y rendis immédiatement, et voici ce que je constatai :

Mme L..., rue Fontaine-au-Roi, 27, est une femme robuste, forte, vigoureuse, bien constituée, n'ayant jamais eu de maladies graves et d'une bonne santé habituelle. Sa seule maladie sérieuse depuis la puberté, a été une affection utérine survenue à la suite de son troisième accouchement, et pour laquelle elle a été soignée par M. le Dr Lhuillier, rue d'Anjou. Voici les antécédents de cette femme jusqu'à son accouchement actuel.

Elle a 29 ans, et pendant son enfance elle a toujours été souffrante jusqu'à l'âge de 7 ans. A 11 ans, fièvre typhoïde. Première apparition des règles à 15 ans et demi. Cette première époque fut accompagnée d'un ictere qui n'a duré que fort peu de temps. Les règles n'étaient pas parfaitement régulières, et elles étaient fort peu abondantes; mais enfin, à partir de cette époque sa santé s'est affermie et depuis elle n'a jamais été malade. Mariée à 18 ans, elle est accouchée à 19 ans et demi d'un enfant avant terme (huit mois), qui a résisté et qui s'est bien élevé depuis. L'accouchement a été rapide, et elle s'est remise promptement. Au bout de deux ans et demi, nouvelle grossesse. Deuxième accouchement à 22 ans et demi, à terme cette fois. Enfant bien vivant, bien constitué. Accouchement facile. Suites de couches régulières. A 26 ans, troisième accouchement à terme, aussi facile. aussi régulier que les autres. Un an après ce dernier accouchement, Mme L... se sentant fatiguée, souffrante, alla consulter M. le Dr Lhuillier, qui veut bien me transmettre la note suivante : « Le 2 mai 1873 Mme L... est arrivée chez moi présentant les symptômes ci-dessous : Anémie complète. Battements de cœur, etc., etc. Maigreur extrême, maux de reins, tiraillements d'estomac, névralgies intercostales, sensibilité extrême du ventre. surtout du côté de l'ovaire droit, enfin pertes abondantes de glaires ressemblant à du blanc d'œuf non cuit. J'ordonnai le quinquina, le fer, les bains de Baréges, et enfin je conseillai les cautérisations. La première cautérisation fut faite le 12 mai 1873, la deuxième le 17, la troisième le 20, la quatrième le 10 juin, puis elles furent régulièrement faites les 10, 14, 21, 24 juin, les 1^{er}, 5, 8, 12, 15, 22, 26 juillet, 2, 5, 9, 18, 23, 30 août, 9, 13, 16 septembre, le 4 et le 7 octobre; total 27 cautérisations du 12 mai au 7 octobre 1873. En cinq mois cet écoulement rebelle cessa complètement. Voici comment les cautérisations furent pratiquées : Avec un simple crayon de nitrate d'argent je touche très-rapidement et passe le crayon sur les lèvres e.

dans l'intérieur du col de la matrice, tout en conseillant le jour de la cantharisation un certain repos et l'application de cataplasmes de farine de graine de lin sur le ventre. Jamais je ne me suis servi d'autres moyens comme teinture d'iode, tannin ou nitrate acide de mercure. Comme injections la malade se servait du liquide suivant : Eau 1 litre, alun 20 grammes. »

Pendant la durée du traitement, la malade aurait fait une fausse couche de deux mois. M. le Dr Lhuillier ne me donne aucun détail sur ce fait, qui ne paraît pas avoir interrompu le traitement. Les règles ont reparu, d'après la malade, pour la dernière fois, le 9 novembre 1874. Les six premiers mois se sont écoulés sans souffrance, mais, à partir de cette époque, elle fut souvent prise de douleurs analogues à celles qui ordinairement précèdent les règles. Mme Ibert, sage-femme, fut appelée dans le courant du septième mois. Les douleurs se renouvelant plus fréquemment, la malade fut mise au lit pendant plusieurs jours. Lavements émollients, puis un seul quart avec racine de guimauve et têtes de pavot. A huit mois, nouvelles douleurs. La sage-femme examina la malade pour voir s'il n'y avait pas de commencement de travail. Elle ne put arriver au col et le supposa trop élevé. Présentation du sommet. Le 16, à 4 heures du matin, les douleurs sont plus vives et plus longues; à 5 heures, Mme Ibert pratique le toucher, engagement profond de la tête. Le segment inférieur de l'utérus est tellement tendu pendant les douleurs que tout d'abord on aurait pu croire qu'il y avait une dilatation complète et que la tête n'était retenue que par les membranes. Je ne pouvais m'y tromper, ajoute Mme Ibert dans la note qu'elle m'a remise, la visite faite dans le courant du huitième mois ayant éveillé mon attention, je pensais avoir affaire à une oblitération du col. C'est dans ces conditions que je fus appelé à 6 heures du matin. Ainsi, dernières règles le 9 novembre 1874, par conséquent grossesse présentant déjà cette particularité de présenter une prolongation notable. La malade, en effet, attendait son accouchement vers le mois d'août, fin d'août ou commencement de septembre, et a été fort surprise de voir se passer l'époque à laquelle elle attendait sa délivrance. A partir des premiers jours de septembre, le 2 ou 3, elle a été prise de douleurs de reins beaucoup plus intenses, de douleurs de ventre et de contractions utérines, dont elle se rendait très-bien compte, ayant déjà eu trois enfants; mais, comme elle le dit elle-même : *je sentais bien que ce n'était pas ça*. Les premières contractions vraies et énergiques se sont manifestées le 14 septembre 1875 à 2 heures du matin et se sont suivies depuis sans interruption jusqu'au moment où j'ai été appelé, le 16, à 6 heures du matin. Je me rends immédiatement chez la malade, et voici l'état dans lequel je la trouve.

La face est bonne et l'aspect très-satisfaisant. La femme se sent un peu fatiguée, mais la peau est bonne, le ventre indolore, hors les contractions qui reviennent toutes les trois ou quatre minutes, et qui sont énergiques; c'est surtout depuis la veille au soir que les contractions se sont succédé avec cette régularité. Le pouls est à 88, pas de vomissements. La miction s'est exécutée régulièrement, ainsi que les garde-robes; en somme, état général très-sa-

tisfaisant. Le palper me fait reconnaître une présentation du sommet en position O. I. G. A., et l'auscultation ne fait que confirmer ce diagnostic ; seulement les battements du cœur de l'enfant sont sourds et ralentis, 112, mais ils sont réguliers et ne présentent aucune intermittence. Je procède alors à l'exploration vaginale. Je la pratique tout d'abord dans la position habituelle, et le toucher me fait constater la présence très-avancée dans l'excavation de la tête fœtale. Le segment inférieur de l'utérus qui la recouvre est assez mince pour qu'il soit facile, à travers son peu d'épaisseur, de reconnaître les deux fontanelles, l'antérieure, située en arrière et à droite au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, la gauche, située plus bas au niveau de la cavité cotyloïde gauche. Le toucher confirme donc le diagnostic fait par le palper et l'auscultation, mais il m'est impossible de sentir le col ni d'en découvrir aucune trace.

Désirant faire un examen plus complet, je fais placer la femme sur le bord du lit, le siège débordant le lit, les deux pieds appuyés sur deux chaises, et je procède de nouveau au toucher. J'introduis d'abord un doigt, puis deux, sans pouvoir rien constater, mais le vagin étant très-large et la femme peu sensible, je finis par introduire la moitié de ma main droite dans la cavité vaginale, et je procède à une exploration minutieuse. Impossible de découvrir aucune trace du col. Ce qui me frappe, c'est la minceur des parties qui me séparent de la tête, et qui sont si minces qu'elles sont tout à fait analogues aux membranes, et que l'on pourrait tout d'abord croire à une dilatation complète du col. La tête est séparée du doigt par le segment inférieur de l'utérus extrêmement aminci, derrière lequel on sent, au moment de la douleur, une accumulation assez considérable de liquide et un ballonnement assez net de la tête. Les culs-de-sac du vagin sont tendus, libres, mais de trace du col aucune. Le vagin est sec et n'est le siège d'aucun écoulement de liquide quelconque. Je procède alors à la même exploration avec la main gauche. et, en portant ma main directement derrière la tête et dans l'axe du vagin, j'explore tout le segment inférieur de l'utérus, sans découvrir davantage le col. En un point pourtant, il me semble, au moment d'une douleur, sentir une place un peu déprimée, où la fluctuation me semble plus manifeste, et qui me paraît devoir être ce qui reste du col. J'attends alors une seconde douleur, et au moment où elle est à son summum, je pousse doucement sur ce point un peu déprimé. Sans grand effort, ce point cède sous la pression de la pulpe du médius, et immédiatement je sens l'orifice s'ouvrir sous mon doigt. J'introduis alors le médius entre les membranes et les bords de l'orifice ainsi créé, et en quelques secondes, en passant mon doigt sur tout le pourtour de cet orifice, j'obtiens une dilatation grande comme une pièce de 5 francs. Les bords de l'orifice sont souples, minces, et les membranes bombent à travers cet orifice. La tête se présentant, je romps les membranes, et à mon grand étonnement, il s'écoule un flot de liquide complètement analogue à celui que l'on rencontre dans les cas où l'enfant est mort et macéré depuis un certain temps. Liquide fortement coloré en rouge sombre. La tête s'applique sur le col, qui se dilate en quelques minutes. L'auscultation pratiquée immédiatement me fait reconnaître les bat-

tements du cœur plus lents encore, commençant à devenir irréguliers. Je fais alors une application de forceps, et j'amène un enfant un peu asphyxié mais qu'il suffit de frotter un peu vigoureusement pour ranimer complètement. La respiration se fait bien, le cri est fort et l'enfant présente bientôt l'aspect d'un enfant parfaitement bien portant. Délivrance naturelle au bout d'un quart d'heure, pas d'hémorrhagie. Les suites de couches ont été parfaitement régulières, et aujourd'hui 29 septembre, treize jours après l'accouchement, la mère et l'enfant sont dans un état très-satisfaisant. La mère nourrit l'enfant, qui n'a fait aucune difficulté pour prendre le sein.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue et nous devons y insister un peu plus spécialement. Ces points principaux sont :

La prolongation de la grossesse. — L'oblitération du col et enfin l'état du liquide amniotique et de l'enfant.

Le premier point, c'est-à-dire la prolongation de la grossesse, malgré les dires de la femme, ne nous paraît pas absolument établi. Dans la note que la sage-femme m'a remise, la dernière époque des règles est notée comme étant fixée à la première quinzaine de *décembre*, tandis que la femme m'a dit à moi-même avoir eu ses règles pour la dernière fois le 9 novembre et m'affirme n'avoir jamais revu depuis. — Il y a donc là déjà une première divergence dans les renseignements qui doit faire élever des doutes ; or, le volume de l'enfant, garçon de six à sept livres, n'avait rien d'exagéré, pas plus que le degré d'ossification de la tête, et cela semblerait devoir plutôt faire pencher la balance du côté de l'opinion de la sage-femme que de celle de la malade. Celle-ci pourtant a été avec moi fort affirmative et l'étonnement qu'elle a témoigné de ne pas accoucher au mois d'août, ces douleurs qui ont précédé de douze jours l'époque vraie du travail sembleraient indiquer qu'il y a eu là quelque chose d'anormal. Peut-être faut-il les attribuer simplement aux difficultés que le col a éprouvées pour être absorbé par le segment inférieur de l'utérus par suite de sa résistance. — Pour admettre, en effet, l'existence d'une grossesse prolongée il faudrait des détails plus circonstanciés que ceux que donne cette femme. — Certains de nos maîtres même, M. Depaul entre autres, nient complètement l'existence des grossesses prolongées ; il existe cependant dans la science un certain nombre d'observations qui semblent à cet égard parfaitement concluantes et il suffit de rappeler ici les observations de :

Langelott, cité par Manget (Bibl. méd. prat., vol. III, Genf. 1696, p. 814),

Johns (Dublin Quarterly J. août, 1865, p. 65),

Olshausen (Berlin-Klinik. W., 1874, n° 4),

Madge. (Brit. Med. J., 1871).

Mac-Mahon (Medic. Chir. Review, n° 89, janv. 1870, etc.),

pour admettre la possibilité de la prolongation de la grossesse. — Dans ces cas, il est vrai, il s'agit de fœtus morts et qui sont restés plus ou moins longtemps dans la cavité utérine; mais dans les cas cités par *Simpson* (Select. Obstet. Works), quatre observations, *Mezriman* (Medico Chir. Trans., vol. VIII, p. 34, par *Murphy* (Report of the Obstetric Practice of University College Hostel, p. 9), *Reid*, Lancet 20 juillet 1870, — *Meigs* (Obstet. the science and the Art, 1852), — *Atlee* (Tucker Elements of Midwifery), — *Deweese* (Compendium of Midwifery), — *Hamilton* (Practical Observations), — *Retzius* de Stockholm, il s'agit bien de grossesses prolongées au delà du terme; on ne peut donc aujourd'hui contester la possibilité de la prolongation de la grossesse dans l'espèce humaine. Cette prolongation, du reste, est admise par tous les éleveurs pour nos grandes femelles domestiques, et l'on en trouvera de nombreux exemples dans le Traité d'obstétrique vétérinaire récent de M. Saint-Cyr. — Mais dans tous ces cas le début de la grossesse a été noté avec soin et il n'y a pas, comme chez notre malade incertitude sur la dernière époque des règles. — Si, en effet, nous admettons le 15 décembre comme dernière époque, la femme serait juste à terme, et elle serait accouchée jour pour jour avec la date de la conception. Or, l'enfant est fort et bien développé; si au contraire nous admettons le 9 novembre comme dernière époque cataméniale, la femme aurait dû accoucher vers le 16 ou 17 août, les règles chez elles durant trois ou quatre jours; or, elle n'est accouchée que le 16 septembre; il y aurait donc eu chez elle prolongation d'un mois, à moins, ce qui est encore possible, que la conception n'ait eu lieu que dans les jours qui ont précédé l'époque qui a manqué. — Or, dans ce cas même, la grossesse serait prolongée de quelques jours, et l'état de l'enfant ne semble pas pouvoir faire admettre cette supposition. — Encore une fois il y a là une inconnue qui ne permet pas de se prononcer d'une façon positive.

Les deux autres points intéressants de l'observation sont l'oblitération du col, et la nature du liquide amniotique, et ces deux points me semblent inséparables l'un de l'autre — c'est ce qui fait que nous les réunissons ici.

Tout d'abord y avait-il réellement oblitération du col, ou simplement agglutination ? Cette oblitération portait-elle sur toute l'étendue du col ou seulement sur l'un des deux orifices et en particulier sur l'orifice externe ? — Si l'agglutination de l'orifice externe n'est pas un phénomène excessivement rare, il n'en est pas tout à fait de même de l'oblitération du col, dont on n'a pas eu jusqu'à présent occasion de constater beaucoup d'exemples. — Si, en effet, on consulte les traités classiques anciens, on n'y trouve pas trace de cette lésion, et sauf quelques observations éparses çà et là, dans les recueils, il n'en est question nulle part. Encore ces observations ne sont-elles pas pour la plupart parfaitement incontestables, et dans la majorité d'entre elles on trouve qu'il existait un petit pertuis par lequel il a été possible d'introduire une sonde extrêmement fine ou un stylet très-fin. — Le col avait en outre conservé jusqu'à un certain point quelques caractères qui permettaient de le reconnaître nettement. Ce qui n'est pas absolument le cas dans les faits d'oblitération complète du col.

Nægele qui, un des premiers, a observé cette bizarre affection, en distingue avec soin deux variétés. — Mais dans sa monographie célèbre (H. F. Nægele. — *Mogostocia e conglutinatione orificii uteri externi* ; Heidelberg, 1835), Nægele a surtout eu en vue une des variétés de l'oblitération du col qui constitue ce que l'on appelle avec lui l'agglutination du col, c'est-à-dire un état particulier du col dans lequel les bords de l'orifice externe sont accolés ensemble, ou réunis par une sorte de toile celluleuse plus ou moins épaisse, plus ou moins résistante, mais qui réclame rarement l'intervention du bistouri et dont le doigt suffit le plus habituellement à triompher. — Nous verrons tout à l'heure pourquoi nous croyons dans notre cas avoir eu affaire à une véritable oblitération du col. Celle-ci au lieu d'être limitée à l'orifice externe, consiste dans une sorte de réunion, de fusion des parois et des orifices du col par un véritable tissu cicatriciel et qui porte sur toute l'étendue du col et des orifices, soit sur l'un ou l'autre de ses orifices pris isolément. Beaucoup moins fréquente que l'agglutination simple du col, elle compte cependant déjà un certain nombre d'observations, et si bon nombre d'entre elles ne présentent pas toutes les garanties possibles, il en est pourtant un certain nombre qui semblent absolument incontestables. — Nous nous bornerons à rappeler celles de :

Weiss, de *Simpson*, reproduite par *Smellie*, de *Gautier*, *Van Münster*, *Morlanne*, et celles plus récentes de :

Lqbstein. — Comptes-rendus de la Faculté de médecine, page 29. (Observation contestable.)

Grimme. — Horn's Archiv für med. Erfahrung. Berlin, 1816.

Berger. — Dissert. analecta ad Theor. de foetus generatione. Leipzig, 1818.

Meissner. — Siebold's J. Tome IV, 1824, p. 38.

Rummel. — Siebold's J. Tome VI, p. 106.

Solera. — Omodei annali univ. di. medic. Milano, 1827, p. 8.

Ashwell. — Pregnancy with imperf. uteri. Guy's Hosp. Rep. Avril 1837 et vol. IV, p. 126.

Twedie. — Guy's Hosp. Rep., n° 8, p. 113.

Bedford. — New-York Journ. Mars 1844.

Godefroy. — J. des conn. méd.-chir. Août 1844.

Plasse. — Neue Zeitschrift f. Geburtst. Tome XXIV, p. 247.

Fogarty. — Lancet, mars 1850.

Edw. Roe. — Lancet, mai 1851.

Schmid. — Med. Corresp. Blatt der Wurtz. Azt. Ver. 1851, n° 6.

Osiander. — Denkwürdigkeiten für Aerzte und Geburtshelfer.

Flamant. — De l'opération césarienne — p. 16.

Arneth. — Geb. Praxis, p. 66.

Hayn. — Berlin Klin. W. 1870, n° 10.

Kleinwächter. — Prager Vierteljahrschrift, 1870. Vol. III, p. 110.

Latz. — Berlin Klin. W., 1870, n° 35.

Outre ces observations isolées, l'oblitération du col a été l'objet de mémoires sérieux, parmi lesquels il faut citer en première ligne ceux de *Martin le jeune* de Lyon, — de *Mattei*, Bulletin, académie 1862, recueil de 40 cas — de *Simpson*. — Select. Obs. iv. 1870. Mais surtout celui de *Depaul*, dont la première observation date de 1835. Les mémoires de *Martin* et de *Mattei* sont passibles du reproche que l'on peut adresser en général à presque toutes les observations, c'est qu'il ne s'agit pas, dans la plupart de celles qu'ils ont citées, d'oblitération complète du col. — Mais il n'en est plus de même de celles citées par *Simpson* et surtout de celles qui ont été suivies et constatées directement par M. *Depaul*.

Dans son mémoire, M. *Depaul* cite quatre observations qui lui sont personnelles : — l'une observée en 1853, avec M. le D^r Remondet ; — la deuxième en 1853 chez M. le professeur Trousseau, et que j'ai pu suivre moi-même étant alors externe du service ; — la troisième ob-

servée par M. *Depaul* en 1859 avec le Dr *Beyran*. — La quatrième du Dr *Caffe*, — c'est la première observée en 1833, elle a été publiée dans le Journal hebdomadaire des progrès des sciences et institutions médicales, 1^{er} mars 1834.

Il admet ensuite comme concluantes les observations de :

Thomas Simson, reproduite par *Smellie* et citée plus haut.

Lauverjat, Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne, p. 139.

Martin aîné de Lyon. Journal général de médecine, chirurgie et pharmacie, 1815.

Corvisart et *Leroux*. Journal de médecine. Vendémiaire an XII.

Mais il rejette les observations citées plus haut de *Littre*, de *Lobstein* citées par *Flamant* comme n'étant pas des oblitérations vraies.

Depuis M. *Depaul* a eu occasion, soit à la Clinique, soit dans sa pratique privée, d'en observer 3 cas nouveaux. — Je dois à l'obligeance de M. le Dr De Soyre de pouvoir publier l'un d'eux. Quoi qu'il en soit ces observations ne sont pas nombreuses et c'est ce qui fait que nous avons tenu à faire connaître le fait qu'il nous a été donné d'observer.

Nous croyons en effet, dans notre cas, avoir bien eu à faire à une véritable oblitération du col et non à une simple agglutination comme notre description pourrait le faire supposer.

Si, en effet, nous nous reportons aux observations citées par M. *Depaul*, nous voyons que dans le premier cas la femme avait eu un premier accouchement fort long et fort pénible à la suite d'un retrécissement du bassin, c'est-à-dire un accouchement dans lequel le col avait forcément dû être plus ou moins lésé dans les manœuvres nécessitées par la terminaison de l'accouchement.

Dans le second, la femme avait eu une ulcération utérine à la suite d'un deuxième accouchement, et avait subi plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent.

Dans le troisième, il est vrai, la femme était primipare et n'avait jamais eu d'accidents utérins.

Dans la quatrième, enfin, la malade, dans le but de se faire avorter, avait eu recours à une injection faite avec une solution de cendres de foyer.

Dans trois de ces cas, par conséquent, le col avait été exposé à des lésions traumatiques, ou à l'action de caustiques ayant amené la production d'un tissu cicatriciel, cause de l'oblitération.

M. Depaul attache, avec raison, une très-grande importance à ces violences et à ces cautérisations, au point de vue de l'étiologie de l'affection qui nous occupe; et il cite, à l'appui l'observation de Dance (*Archiv. gén. de médecine*, t. XX, p. 521 et suivantes, 1829), et le fait de Latour, mal interprété et mal indiqué par M^{me} Lachapelle (*Histoire des hémorrhagies*, t. I, p. 20.).

Or, que voyons-nous chez notre malade : à la suite de son troisième accouchement, la femme est prise d'accidents utérins qui exigent pour leur guérison des cautérisations pratiquées l'une l'autre à six jours d'intervalle, et ayant porté non-seulement sur l'orifice, mais sur l'intérieur du col, et pratiquées directement avec le crayon de nitrate d'argent. Nous trouvons donc ici la cause habituelle signalée par les auteurs. On pourra nous objecter que la description que nous avons donnée de l'état de la malade, et la facilité avec laquelle le doigt a suffi à vaincre l'obstacle parlent plutôt en faveur d'une agglutination que d'une oblitération complète du col. Voici ce que nous avons à répondre.

Dans la première observation, M. Depaul parle bien d'une portion de l'utérus faisant saillie dans le vagin, se tendant pendant la contraction et devenant plus molle dans l'intervalle des douleurs. Mais plus loin il ajoute qu'en un point la paroi utérine semblait avoir moins d'épaisseur, et que c'était là probablement qu'avait existé autrefois l'orifice du col, maintenant soudé. Le col n'existait donc plus en réalité, et c'est par comparaison avec les autres parties accessibles de l'utérus qu'on a pu juger de son existence antérieure.

Dans le deuxième cas, le col, il est vrai, avait conservé sa longueur; mais l'oblitération ne portait que sur l'orifice *interne*. Il avait 8 à 10 millimètres de longueur, et les deux orifices étaient distincts : l'externe largement béant, l'interne complètement fermé.

Dans le troisième, c'est l'orifice externe qui est oblitéré, et ce qui restait du col se bornait à une légère saillie dirigée transversalement, et qui parut être le rudiment de la lèvre antérieure. A cette saillie se trouvait solidement soudée la lèvre postérieure, qui, elle, ne formait aucun relief appréciable. « A part cette petite inégalité, la tumeur derrière laquelle on sentait très-manifestement la tête de l'enfant était parfaitement lisse, arrondie, et me parut offrir dans tous ses points une épaisseur à peu près égale. » (*Depaul et Beyran.*)

Dans l'observation de Martin il n'existait qu'une petite dépression au lieu où le col devait être placé.

Dans l'observation de Caffé, enfin, il est dit que le sommet du vagin se termine brusquement, il peut se comparer à un cylindre fermé sans saillie aucune dans son intérieur et sans aucune trace de col utérin. Près de la paroi recto-vaginale, presque sur le raphé médian, on touche un pli d'une ligne de dimension donnant la sensation d'une petite corde tendue; sur les côtés de ce repli et ailleurs, on ne peut distinguer le moindre orifice utérin soit avec le doigt. soit en guidant sur ce dernier un petit stylet boutonné. Pendant les contractions violentes, la pulpe du doigt éprouve un mouvement communiqué, mais sans que l'utérus vienne communiquer au sommet du vagin.

Or chez notre malade il en était absolument de même, aucune saillie appréciable du col, pas de traces d'orifice, seulement en un point il nous semble sentir une partie un peu plus mince, et une sorte de dépression analogue à celle signalée dans la première observation de M. Depaul.

Mais une autre chose vient encore nous confirmer dans cette idée que nous avons bien eu affaire à une oblitération complète du col. Comme nous l'avons dit, le vagin était complètement sec, il n'y avait eu écoulement d'aucune espèce de liquide, ni glaires, ni sang, ni liquide amniotique, ce qui indiquait bien une occlusion complète du col; et de plus, le liquide amniotique nous a présenté des caractères particuliers, qu'on n'y rencontre que dans le cas d'enfants morts et macérés.

Ce liquide était en effet parfaitement fluide, mais il était rouge vineux, et contenait évidemment une quantité notable de matière colorante du sang. Or, ce sang d'où pouvait-il venir? Le placenta et les membranes examinés avec soin n'ont présenté aucune trace d'hémorrhagie, soit pouvant tenir à un épanchement placentaire, soit à un épanchement entre les membranes, soit enfin à une insertion vicieuse de ce placenta. Le placenta, les membranes étaient parfaitement intacts, et le sac formé par ces membranes présentait les mêmes dimensions de tous les côtés, le placenta s'insérait directement au fond de la matrice. D'où pouvait donc provenir ce sang? Pour nous, voici comment nous nous l'expliquons. C'est par transsudation qu'il est arrivé dans l'intérieur des membranes, et c'est lentement, progressivement qu'il a passé dans la cavité ovulaire. Le col était primitivement oblitéré dans tout ou partie de sa longueur. Sous l'influence des douleurs que la femme a éprouvées dans le dernier mois de sa grossesse, le col s'est trouvé tirailé, distendu, et l'orifice externe a cédé le premier en

donnant issue à une petite quantité de sang. Puis le travail se déclarant franchement et le tiraillement du col continuant, le tissu cicatriciel a cédé à son tour en partie, donnant lui aussi lieu à un nouvel écoulement sanguin, qui a, à son tour, pu pénétrer dans la cavité de l'œuf et en quantité suffisante pour venir donner au liquide amniotique cette coloration anormale. Quant à l'orifice externe sur lequel les cautérisations avaient porté plus spécialement, il a résisté jusqu'à la fin ; de là la possibilité de l'effacement complet du col, mais non de sa dilatation. De là, la sensation particulière que donnait au doigt le point représentant les restes du col, et la facilité avec laquelle nous avons pu y pénétrer. C'est à cette destruction progressive du tissu cicatriciel, c'est au peu d'épaisseur de la couche restante que nous avons dû de pouvoir ainsi pénétrer avec le doigt seul dans cet orifice, et c'est là la cause consécutive de sa dilatation. Aussitôt en effet la résistance vaincue le col a cédé rapidement, et si nous sommes intervenu par le forceps, c'est dans l'intérêt de l'enfant qui commençait à souffrir. Nous sommes convaincu, en effet, que l'accouchement aurait pu se terminer seul et rapidement une fois la dilatation produite, car le col était redevenu souple et ne pouvait plus opposer d'obstacle à la propulsion de l'enfant. D'un autre côté, l'état de malaise dans lequel celui-ci se trouvait s'explique bien par cette anomalie du liquide amniotique dans lequel il était plongé. C'est donc pour nous, surtout au moment du travail, que s'est produite cette déchirure du tissu cicatriciel, et peut-être si nous avions pu attendre, aurions-nous pu constater l'ouverture spontanée de l'orifice externe. Si donc nous avons cru devoir intervenir, c'est surtout l'intérêt de l'enfant qui nous a guidé et nous n'avons qu'à nous applaudir du résultat, puisque la mère et l'enfant sont aujourd'hui parfaitement bien portants.

Reste à discuter l'opinion que nous nous sommes faite de la cause de cette coloration du liquide amniotique. Nous n'en voyons pas d'autre que la transsudation à travers les membranes du sang provenant du col, car encore une fois nous avons vainement cherché dans le placenta ou les membranes, dans leur structure ou leur insertion, une cause quelconque de cette hémorrhagie et nous n'avons pas pu la découvrir.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur de Soyre l'observation suivante qu'il a eu occasion d'observer avec M. le professeur Depaul, et qu'il a bien voulu nous communiquer.

Au mois de juin 1870, on vint prier M. le professeur Depaul de se rendre auprès d'une dame qu'il devait accoucher, et qui se trouvait alors dans sa

maison de campagne aux environs de Paris. M. Depaul donnant ce même jour ses soins à une dame qui accouchait pour la troisième fois, et qu'il ne pouvait quitter, me fit prier de le remplacer et de me rendre à sa place à X... chez la jeune dame dont j'ai parlé, primipare, et n'étant pas arrivée au terme de sa gestation.

Je me rendis au désir du professeur et je partis. Je n'arrivai auprès de la patiente qu'à 2 heures du matin, et voici ce qui me fut raconté par les personnes de son entourage. Dès le matin de ce jour (un dimanche) de premières douleurs s'étaient manifestées à intervalles d'abord assez éloignés qui se rapprochaient insensiblement, et vers midi les douleurs devinrent assez énergiques pour qu'on songeât à faire prévenir M. Depaul. Un domestique partit donc vers 2 heures de l'après-midi pour Paris ; mais à cette époque (on sortait de la Commune), les communications étaient difficiles, les chemins défoncés obligeaient à de longs détours, si bien que l'on n'arriva jusqu'à M. Depaul que vers 6 heures du soir. Dans l'impossibilité où se trouvait le professeur, il fallut se mettre à ma recherche, et ce ne fut en réalité qu'à 10 heures du soir que je pus me mettre en route. De telle sorte que j'arrivai près de la malade douze heures après que son émissaire l'avait quitté, et j'avais la crainte de trouver l'accouchement terminé. Cependant les douleurs qui avaient été très-violentes dans la journée s'étaient peu à peu apaisées, elles ne se renouvelaient plus que de loin en loin, présentant principalement le caractère de douleurs de reins qui sont si fréquentes et si pénibles à supporter dans la première période du travail.

Je pris soin, dès mon arrivée, de rassurer cette jeune dame sur l'issue probable de son accouchement, et après m'être enquis des détails que je viens de donner, je procédai à un examen plus direct.

J'observai avec la main appliquée sur le ventre des contractions manifestes dans l'utérus qui conservait même dans l'intervalle des douleurs une certaine tension. Le volume de la matrice n'indiquait pas une grossesse de plus de huit mois, et les commémoratifs, dernière époque des règles, premiers mouvements actifs, corroboraient cette opinion. L'auscultation me fit nettement entendre les battements du cœur fœtal en avant et à gauche. Après quelque hésitation cette jeune dame me permit de l'examiner ; mais quel ne fut pas mon étonnement de trouver malgré le commencement évident du travail un col encore long et fermé. La longueur de cet appendice ramolli était d'environ 1 cent. $1/2$. Le segment inférieur de la matrice recouvrait la tête engagée dans l'excavation, et était très-tendu. Il n'y avait qu'une très-petite quantité d'eau emprisonnée au-dessous de l'extrémité céphalique.

En présence d'une telle découverte, j'abandonnai l'idée d'un travail réel en voie d'établissement, j'interrogeai de nouveau, cherchant quelle pouvait être la cause de ces douleurs, et après avoir admis et successivement rejeté différents diagnostics, je pensai, sans y insister autrement, soit à un rhumatisme utérin, soit au commencement d'un travail d'accouchement prématuré ; mais l'absence de tout écoulement d'eau, de glaires, de sang, la fermeture du col, etc. me firent plutôt incliner vers la première de ces deux causes.

Je conseillai deux quarts de lavements laudanisés, un cataplasme sur le ventre également laudanisé et une potion calmante, puis je me retirai, après avoir dit à la femme, à son mari et aux parents alarmés, qu'aucun événement ne pourrait arriver avant le lendemain, et que dans la matinée M. Depaul viendrait sûrement les visiter.

Je rendis compte au professeur de ma visite, et le lundi matin M. Depaul alla voir sa cliente.

Le mardi, après la visite des malades à l'hôpital, M. Depaul me pria de l'accompagner chez cette même dame, et dans le trajet, il me mit au courant des faits suivants.

La médication calmante que vous avez ordonnée, me dit-il, détermina un peu de calme, mais ce repos ne fut pas de longue durée, et les douleurs recommencèrent si bien le matin (Lundi) que l'on m'envoyait chercher pendant que je me rendais à X... J'assistai à plusieurs de ces douleurs, et il n'y avait pas à se méprendre, c'était bien là le début d'un travail d'accouchement. Mais, ce que vous n'avez pas reconnu et que je crois bien avoir observé, c'est que nous avons affaire, très-probablement à une oblitération du col. J'ai déclaré qu'il m'était impossible de soigner cette dame dans sa maison de campagne, et j'ai demandé qu'on l'amènât à Paris, ce que l'on a dû faire le soir même, c'est-à-dire hier, et nous allons la trouver chez elle en ce moment.

M. Depaul me raconta alors qu'il avait été appelé l'année précédente à donner des soins à cette jeune dame, qui, mariée depuis quelques années, n'avait pas encore eu d'enfants. Il avait trouvé sur l'une des lèvres du col une ulcération pour laquelle quelques cautérisations avec le fer rouge avaient été nécessaires. A la suite de ce traitement M. Depaul avait conseillé une saison à Luchon, et c'était là que s'était opérée la fécondation.

Il n'avait pas eu du reste à examiner localement cette jeune dame depuis le début de sa grossesse, et ne pouvait dire en conséquence à quel moment de la gestation pouvait remonter cette oblitération.

Nous arrivâmes bientôt chez la patiente, et M. Depaul, après s'être assuré de l'existence de l'enfant, pratiqua le toucher avec le plus grand soin et se convainquit ainsi de la justesse de son diagnostic. Il me pria d'examiner à mon tour, et voici ce que je trouvai : Le col, comme je l'avais déjà remarqué, avait environ 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de longueur. Il n'avait donc pas diminué d'étendue depuis trente heures environ où je l'avais observé pour la première fois ; il était mou, petit, conique, la pointe tronquée, libre dans le vagin. Le museau de tanche, à section ovale, présentait une dépression dans son centre, et cette dépression n'était ni linéaire, ni arrondie, mais plutôt étoilée ; il était de toute impossibilité d'introduire le doigt, ni même de séparer avec l'ongle les deux lèvres de ce col, elles étaient intimement soudées. Pour compléter cet examen, le professeur se servit du spéculum avec lequel il vérifia tout ce que je viens de dire, et ne put, avec la pointe d'un hystéromètre, séparer les deux lèvres, ni pénétrer si peu que ce fût dans la cavité cervicale. J'ai dit que les battements du cœur fœtal s'entendaient manifestement. Les contractions utérines se reproduisaient par in-

tervalles, mais sans grande régularité. Le poulx était à 92 et la malade paraissait fatiguée. La grossesse n'étant pas arrivée à son terme normal, il y avait lieu de se demander s'il était préférable de calmer les douleurs par des narcotiques ou de procéder sur-le-champ à l'ouverture de l'orifice. M. Depaul, considérant que l'enfant à ce terme était viable et très en état d'être élevé, tenant compte en outre de la fatigue générale de la mère, et du peu de succès des premières tentatives faites dans le but d'arrêter le travail, se décida pour l'opération.

Il tenta d'abord de détruire les adhérences des deux lèvres avec une pointe mousse, mais, n'y parvenant pas, il fit avec la pointe du bistouri une incision dans le centre du museau de tanche, incision ayant environ 5 millimètres de profondeur, et ne séparant pas du reste le col en deux lèvres complètement distinctes. Puis, reprenant ensuite la pointe mousse dont il s'était servi au début, il essaya en la poussant peu à peu et en imprimant à l'instrument un mouvement de rotation alternativement à gauche et à droite, il chercha à séparer les parois du col. Après un quart d'heure d'efforts en ce sens, la femme étant fatiguée, cette première séance fut suspendue. Par le toucher que je fus invité à pratiquer aussitôt, on sentait distinctement au milieu du museau de tanche une petite cupule dans laquelle on faisait pénétrer une très-faible portion du bout du doigt. Un grand bain, une potion calmante, furent ordonnés, et nous prîmes rendez-vous pour le soir à 8 heures.

Le soir, les choses n'avaient pas changé. M. Depaul essaya de nouveau de séparer les parois du col en introduisant encore la pointe mousse, puis en remplaçant cet instrument par une pince fermée et dont il ouvrait les branches quand le bout de la pince avait pénétré dans l'ouverture créée le matin, opérant avec cette pince comme avec un dilateur à deux ou trois branches. Mais ces efforts furent vains, et il fallut recourir une fois encore au bistouri avec lequel M. Depaul fit une nouvelle ponction de 5 millimètres environ, qui fut, comme pour la première, agrandie ensuite avec un instrument mousse.

Nous revînmes le mercredi matin où M. Depaul fit une troisième ponction comme les deux premières, et, enfin, le mercredi soir, à la suite d'efforts faits surtout avec un instrument mousse dans la crainte d'ouvrir les membranes, M. Depaul parvint jusque dans la cavité de la matrice, et introduisit son doigt à frottement dans ce canal de nouvelle formation qui avait à peu près 2 centimètres de longueur et parvint à parcourir circulairement avec ce doigt tout le pourtour de l'orifice interne, décollant ainsi l'œuf tout autour dans une étendue de 2 à 3 centimètres. Le professeur, après m'avoir dit ce qu'il avait fait, me pria de constater de mon côté l'état de choses que je viens de relater.

Le lendemain matin, jeudi, le col était effacé, mais les bords de l'orifice étaient assez rigides et menaçaient de ne pas se laisser dilater franchement. La femme se fatiguait de plus en plus, quoique les contractions se fussent exercées très-irrégulièrement pendant toutes ces manœuvres, il n'en était pas moins évident qu'une fin prochaine était très-désirable. L'enfant

vivait toujours, mais toutes réserves avaient été faites au sujet de son existence.

Le jeudi soir, la dilatation était grande comme une pièce de 2 francs, peut-être un peu plus. Les bords avaient un peu perdu de leur rigidité, aussi M. Depaul se contenta de rompre les membranes.

Enfin, le vendredi, à six heures du matin, après une nuit très-fatigante pour la femme dont le pouls s'était élevé à 112, M. Depaul se décida à terminer l'accouchement par une application de forceps. Il avait pensé être obligé de faire quelques débridements sur le pourtour de l'orifice qui ne se dilatait qu'avec peine. Mais, contrairement à ses prévisions, nous trouvâmes l'orifice suffisamment dilaté, et les bords assez mous pour permettre l'application de l'instrument. Cette opération ne fut pas trop laborieuse, elle donna naissance à un enfant vivant, mais peu développé pour le terme qui lui était assigné. Il mourut du reste, cinq jours après, de convulsions et d'impuissance vitale.

Quant à la mère, elle se remit très-bien de ce long travail. Elle eut, depuis cette époque, un autre enfant bien portant, et ce second accouchement ne nécessita qu'une application de forceps pour insuffisance de contractions utérines.

Cet observation diffère notablement de la nôtre, et ici le diagnostic d'oblitération complète est absolument incontestable. Ce qu'il y a de remarquable c'est cette intégrité complète du col qui a persisté jusqu'à la fin et qui a exigé l'intervention chirurgicale. Comme dans notre observation, la cause de l'oblitération semble devoir être rapportée à la cautérisation qui a été pratiquée avec le fer rouge. Mais, si l'oblitération a été bien plus complète et surtout bien plus résistante, elle a porté à la fois sur les deux orifices et la longueur du canal cervical. Aussi le col avait-il conservé ses caractères jusque pendant le travail. Quant au traitement, il a de même exigé une intervention bien autrement active que la nôtre, puisqu'il a fallu entamer successivement avec le bistouri et couche par couche ce tissu de cicatrice. Ce n'est que progressivement et lentement que M. Depaul a procédé à l'opération, laissant ainsi la nature produire tous ses effets.

Le succès est venu couronner ses efforts, puisque, malgré les trois jours qui se sont écoulés depuis l'intervention chirurgicale, le col a fini par se dilater suffisamment pour permettre la terminaison de l'accouchement à l'aide du forceps et sans nouveau débridement. L'enfant, il est vrai, n'a pas survécu plus de cinq jours à sa naissance, mais la mère, elle, a survécu et le fait est venu justifier une fois de plus cette vérité que la patience est une des qualités les plus nécessaires à l'accoucheur et que *savoir attendre* est un précepte qui devrait être inscrit en tête de tous nos traités classiques.

DE L'INFLUENCE DES MALADIES DU CŒUR

SUR LA MENSTRUATION, LA GROSSESSE ET SON PRODUIT : DE L'ACCOUCHEMENT
ET DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉS.

Par le Dr **P. Duroziez**, ancien chef de clinique de la Faculté.

(Suite et fin.)

Insuffisance et rétrécissement mitral. — Insuffisance aortique. — Accidents graves. — Accouchement à sept mois et demi. — Enfant mort-né. — Rétablissement passable.

Toussaint, 22 ans, Clinique d'accouchements, entre le 23 juillet 1865 et sort le 24 août.

Elle n'a jamais facilement monté les escaliers, ni couru, ni dansé, mais n'a jamais eu de palpitations. Rougeole à 7 ans. Règles normales. Rhumatisme articulaire du bras droit. Elle tousse depuis longtemps, surtout depuis le début de sa grossesse. Les règles ont paru pour la dernière fois le 8 décembre 1864. Vomissements continuels depuis quelques mois. Ses jambes n'avaient jamais été enflées avant ces quinze derniers jours, c'est-à-dire avant le commencement de juillet. Depuis trois jours, elle ne peut pas remuer l'épaule gauche. A la main droite, on trouve les traces de son ancien rhumatisme, les doigts sont coudés, ankylosés, parfois la main est un peu bouffie.

23 juillet. Voix éteinte. Orthopnée. Lèvres violâtres, teinte un peu plombée, conjonctives assez blanches ; un peu de pâleur générale, sans cyanose. Jambes œdématisées. Pouls à 120, petit, à peu près égal et régulier. Cœur énorme. Impulsion vive à la pointe. Souffle court au second temps à l'orifice aortique. A la pointe, bruits roulants au premier et au second temps. Pouls veineux douteux. Râles muqueux dans les deux tiers inférieurs des deux côtés.

Le 27. Pouls 112, régulier.

Le 29. Œdème des mains et de la face. Pouls à 120, régulier, peu développé.

Le 31. Pouls à 108, petit, régulier. Pâle, plombée, infiltrée des pieds à la tête. Albumine abondante. Céphalalgie.

Elle accouche à 7 mois $1/2$.

« Apparition des premières douleurs à 3 h. $1/2$ du soir.

Rupture des membranes à 4 heures du soir.

Terminaison à 5 heures du soir.

Sommet. O. I. D. A.

Délivrance naturelle.

Enfant mâle, mort-né.

Poids, 1780.

Longueur totale, 43 centimètres.

Longueur du cordon, 60 centimètres. »

(Extrait du Bulletin de la Clinique.)

3 août. Demi-orthopnée. Grande lèvre droite enflée : œdème des membres et de la face. Toux. Crachats abondants non sanglants ; Pouls à 142 régulier, petit. Cœur toujours énorme ; mêmes signes. Peau blanche. Figure seule plombée. Les jugulaires ne battent pas.

Le 5. Anxiété. Selles sanglantes. L'œdème des jambes diminue. Respiration encore rude. Peau plombée. La malade appuyée sur le côté gauche suffoque aussitôt qu'elle se met sur le côté droit. Pouls à 142, régulier.

Le 10. Pouls à 120, régulier. Albumine abondante.

Le 12. Toujours de l'orthopnée. Bouffissure. Pâleur. Cyanose modérée. Pouls à 140, petit, régulier. Peu d'albumine.

Le 16. Pouls à 120, régulier, égal, passablement développé, non vibrant cependant. Orthopnée. Œdème des jambes et de la figure. Peu d'albumine.

Le 22. Un peu mieux. Moins d'œdème des jambes. Pouls régulier.

Le 24 (jour de la sortie). Pouls presque régulier, peu développé. Cœur toujours énorme. Mêmes signes au cœur. La malade a désenflé. Encore de l'œdème des pieds.

Remarque.— Cette femme, âgée de 22 ans, présente un grand intérêt au point de vue qui nous occupe. J'ai eu l'occasion de la suivre à la Clinique d'accouchements lorsque M. Bailly était chef de clinique. Elle est enceinte de sept mois environ lorsque je la vois pour la première fois. Elle n'a jamais pu monter facilement, ni courir, ni danser. Elle tousse depuis longtemps. A la main droite on trouve les traces d'une ancienne affection rhumatismale ; les doigts sont coudés, ankylosés : à l'entrée elle ne peut remuer l'épaule gauche. Je ne sais de quand date la maladie de cœur actuelle (rétrécissement mitral, insuffisance aortique), mais on peut aisément admettre qu'elle a précédé la grossesse. Les accidents généraux sont très-graves. Elle accouche à sept ou huit mois et sort dans un état, sinon très-bon, du moins passable. Remarquons l'accouchement avant terme et l'enfant mort-né. A la suite de la parturition l'urine contient beaucoup d'albumine ; les selles sont sanglantes, la femme est infiltrée des pieds à la tête, puis tout se calme.

Quand sera-t-elle morte ? Je n'en sais rien. Elle était dans un état passable à sa sortie. Sa grossesse ne l'avait pas tuée : c'est tout ce que nous pouvons dire.

Insuffisance et rétrécissement mitral. — Insuffisance aortique. — Rhumatisme articulaire aigu à 25 ans. — Palpitations à 27. — Trois grossesses à partir de 31 ans. — Hémoptysies. — Etat passable trois semaines après la dernière grossesse.

Flachat, 34 ans, lingère, 24, Saint-Antoine. Hôtel-Dieu, 4 avril 1866.

Fièvre typhoïde à 15 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 25, palpitations à 27. Second rhumatisme généralisé à 28 : alitée trois mois. Elle reste au couvent depuis l'âge de 10 ans jusqu'à 30 ans ; pendant ce temps elle a des hémoptysies. A 31 ans, elle a son premier enfant, suivi de deux autres qui vivent. Elle accouche il y a 3 semaines. La malade est pâle, reste étendue dans son lit la nuit. Pas de cyanose.

Remarque. — Cette femme est certainement atteinte de maladie du cœur avant sa première grossesse à 31 ans, et a parfaitement supporté ses trois grossesses. Malgré sa grave maladie de cœur, nous la trouvons dans un état très-passable.

Insuffisance et rétrécissement mitral. — Insuffisance de la tricuspide. — Insuffisance aortique. — Chorée. — Accidents cardiaques. — Hémoptysie. — Deux enfants, une fausse couche. — Aggravation modérée. — Pas d'œdème. — Existe encore quatre mois après sa fausse couche.

Raquillet, 31 ans, tapissière. Salle Saint-Antoine, 9. Hôtel-Dieu. 14 juin 1865.

Elle a une fièvre typhoïde très-grave à 11 ans, et la chorée de 14 à 21 ans. Depuis longtemps la gêne pour monter est grande. Les règles, sont normales. Six mois avant son mariage à 28 ans, elle arrive un jour chez sa tante, tout essoufflée. Depuis ce moment, les palpitations et la toux ne la quittent pas. Il y a quinze mois elle cracha du sang pendant deux ou trois jours. Elle a deux enfants et fait une fausse couche de 6 mois, il y a trois semaines : depuis ce moment elle a de la jaunisse et de l'ascite. Les jambes ne sont enflées que depuis quinze jours.

Je l'observe en dernier lieu le 8 septembre ; elle n'a pas d'œdème, quatre mois après sa fausse couche.

Les accidents ont évidemment augmenté à partir de la fausse couche, mais cette femme résiste encore.

La religieuse de la salle Sainte-Martine, à l'Hôtel-Dieu, me cite une femme qui a accouché dans sa salle, lorsque M. Peter faisait le service en 1872 ; elle avait tous les signes d'une maladie grave du cœur ; la religieuse l'a revue ces jours derniers encore gênée de la respiration, mais pouvant monter les cinq étages qui mènent à la salle Sainte-Martine (juin 1873.)

Rhumatisme articulaire aigu. — Palpitations. — Deux grossesses sans accident. — Accidents après la troisième grossesse. — La malade existe encore trois ans après, mais très-compromise. — Insuffisance et rétrécissement mitral. — Insuffisance aortique et tricuspidiennne.

Bouillet, veuve Desbois, âgée de 37 ans, couturière, entre salle Saint-Antoine, à l'Hôtel-Dieu, n° 7, le 26 juin 1873. Je la vois le 25 juillet.

Elle sent des palpitations depuis qu'elle se connaît. Elle est réglée à 11 ans, bien, jusqu'il y a huit mois. A 18 ans elle a un rhumatisme articulaire aigu qui dure sept semaines, et vers la même époque une fausse couche. A 25 ans, premier enfant à terme qui vit encore. Rien de notable pendant sa grossesse. Elle nourrit même un autre enfant pendant deux ans. A la fin de sa nourriture, second rhumatisme pendant un mois.

Second enfant à 32 ans. Grossesse normale. Accouchement heureux. L'enfant meurt à 9 mois : elle l'a nourri facilement. A 34 ans, pendant le siège, elle accouche à terme d'une fille qui ne vit que 24 heures ; mais les jambes sont enflées, elle tousse. Quinze jours après son accouchement elle est beaucoup plus malade ; les palpitations augmentent. Elle reste neuf mois sans sommeil ; les règles ne reviennent pas. Cependant elle se remet, l'œdème disparaît ; elle peut travailler. Il y a quatre ou cinq mois les accidents reparaissent pendant huit jours, suivis d'un calme de huit jours seulement. Aujourd'hui nous notons de l'ascite, le ventre est douloureux, l'appétit nul. Oppression jour et nuit. Toux sèche sans hémoptysie. Œdème des jambes et des mains. Pâleur jaunâtre. Faiblesse. Pouls dicrote, inégal.

Rétrécissement mitral. — Insuffisance aortique. — Existe encore six ans après sa dernière grossesse.

Brunet, 33 ans, couturière, célibataire, 4, Sainte-Madeleine, Charité. 30 août 1873.

Dès son enfance elle a des dartres jusqu'à 16 ans. Vers l'âge de 11 ans, elle a d'abondantes épistaxis. Régée à 15 ans, ses époques sont régulières pendant un an ; vient une interruption de quatre mois, puis la régularité reparaît. A 23 ans elle fait une fausse couche de deux mois et demi, immédiatement suivie d'un rhumatisme articulaire aigu de trois ou quatre mois. Les rechutes ont été fréquentes. A 25 ans, grossesse normale ; l'enfant vit encore. Jusqu'à 32 ans, sa santé est bonne. A 32 ans, réapparition de l'eczéma de l'enfance, grossesse et rhumatisme dès le début avec palpitations. Elle restait assise pendant la nuit sur son lit. Pas de pertes, pas d'hémoptysie. L'enfant est venu à terme. Elle n'a jamais eu d'œdème des jambes, mais les palpitations ont persisté depuis cette époque.

En décembre dernier elle a eu un nouveau rhumatisme très-fort. Depuis un mois elle a une perte, calmée aujourd'hui. Aucun œdème. Premier claquement très-fort, parcheminé. Dédoublement du second claquement très-net. Dérroulement au second temps à la pointe. Souffle au second temps à la base.

Insuffisance et rétrécissement mitral. — Insuffisance aortique. — Réglée à 20 ans. — Maladie de cœur. — 3 enfants. — La femme existe encore sept ans après sa dernière grossesse.

Martin, 34 ans ans, 15, Sainte-Madeleine, Charité. 21 mars 1863.

Réglée à 20 ans. Rhumatismes et érysipèle vers cette époque. A 22 ans, à la suite d'un refroidissement, elle a une suppression de règles pendant quatre mois et de l'œdème des jambes. Premier enfant à 26 ans. Deuxième enfant à 30 ans. Les premières palpitations ne datent que de l'âge de 35 ans. Troisième enfant à 36 ans. Pendant la grossesse les jambes n'enflent pas, mais la malade reste assise pendant la nuit. L'enfant meurt à deux mois.

Rétrécissement mitral et insuffisance aortique. — Scarlatine. — Gêne de la respiration et palpitations dès l'enfance. — Mal réglée. — Deux grossesses. — Hémoptysies. — Etat passable dix ans après sa dernière grossesse.

Loiseau, 33 ans, couturière, salle Saint-Antoine, 5, Hôtel-Dieu. 22 septembre 1871.

A 3 ans, scarlatine très-forte. Elle a toujours eu de la difficulté pour courir et ne pouvait pas danser : les battements du cœur datent de son enfance. Elle est réglée à 11 ans, jamais bien. A 21 ans, elle a un premier enfant (qui vit encore). A partir de ce moment commencent la difficulté pour monter, les syncopes et les hémoptysies. A 23 ans, second enfant ; elle est moins malade que pour sa première grossesse, et cependant elle a de l'œdème de la figure, des mains et des pieds ; l'enflure disparaît après l'accouchement. Les étouffements n'apparaissent que six ans plus tard et vont toujours augmentant. La cyanose qui du reste est modérée date de deux ans. Quand la malade perd connaissance elle devient toute noire. Elle n'a pas d'œdème : elle se lève.

Rhumatisme articulaire aigu. — Fausses couches fréquentes. — Rétrécissement mitral non fixé comme date. — Œdème à la dernière couche. — Existe dix-sept ans après celle-ci.

Tardivel, 57 ans, couturière, née à Vannes, veuve, entrée le 13 septembre 1874, 23, salle Sainte-Anne, Hôtel-Dieu.

Réglée à 18 ans, régulièrement et très-peu, jusqu'à 50 ans. Peu d'épistaxis. A 23 ans, premier rhumatisme ; alitée quatre mois. Mariée à 24 ans. Première grossesse, sans accident, à 24 ans ; fille, à terme ; morte à 1 an. Deuxième grossesse : deux jumeaux venus à 7 mois, morts l'un en naissant, l'autre à huit jours. La délivrance est accompagnée d'une perte affreuse. Troisième grossesse, assez bonne ; une fille à terme qui vit encore. Pas de perte. Quatrième grossesse : garçon venu à cinq mois, pertes considérables pendant les quatre mois de grossesse. Le médecin ne voulait pas croire qu'elle fût enceinte. Cinquième grossesse : une fille à terme qui vit encore. Sixième grossesse : un garçon à quatre ou cinq mois. Perte affreuse en accouchant. Septième grossesse : une fille à terme qui a vécu 2 ans ; pas de perte. Huitième grossesse : une fille à terme qui a vécu un an. Pas de

perte. Neuvième grossesse : un garçon à cinq ou six mois ; perte énorme. Dixième grossesse : un garçon à terme qui vit encore. La femme avait alors 40 ans. Pour cette seule grossesse elle a eu les jambes et les cuisses enflées, l'œdème a disparu après l'accouchement.

Vers 42 ans, nouveau rhumatisme : alitée six semaines ou deux mois. Les palpitations datent de l'âge de 50 ans, plus fortes depuis deux ans.

Pas de perte à la ménopause ; les douleurs ont été seulement plus vives.

L'œdème s'est montré de nouveau depuis quinze jours. Pouls à 84, un peu inégal et irrégulier. Roulement au second temps, second claquement très-fort. Malade pâle. Jambes peu œdématiées à cause de l'abîtement.

Remarque. — A quelle époque pouvons-nous faire remonter l'existence de la lésion cardiaque que nous constatons lorsque la malade a déjà 57 ans ? Les palpitations paraissent dater seulement de 7 ans : mais pendant la dixième grossesse, on remarque déjà l'œdème des jambes ; plusieurs grossesses ne vont pas jusqu'à terme et sont accompagnées de pertes considérables ; pour l'une d'elles même, l'hémorrhagie ayant persisté pendant les cinq premiers mois, le médecin ne put croire que cette femme fût enceinte. Enfin le premier rhumatisme se montre à 23 ans, c'est-à-dire, un an avant la première grossesse, dure quatre mois et produit bien probablement la lésion du cœur.

Cette femme supporte dix grossesses et dépasse néanmoins l'âge de 57 ans ; les fausses couches sont nombreuses.

Rétrécissement mitral. — Aphasie. — Palpitations à 20 ans. — Mariée à 23. — 4 enfants dont 2 vivent.

Jehan, 40 ans, couturière, 5, Sainte-Madeleine. 27 février 1866.

Régée à 15 ans et toujours malade avant de se marier, elle ressent vers l'âge de 20 ans les premières palpitations qui ne l'ont jamais quittée. A 23 ans elle se marie et a 4 enfants. A 39 ans elle reste sans connaissance pendant cinq jours, elle conserve de l'aphasie et de la paralysie du côté droit.

Ce serait donc une grande erreur que de croire que toute femme atteinte de maladie cœur, devenant enceinte, soit menacée de mort prochaine.

La maladie du moins est-elle aggravée ?

N'ayant vu un certain nombre des malades que plus ou moins longtemps après leur accouchement, il nous est difficile de faire une réponse bien nette. Toutefois on est étonné de voir des femmes que l'on juge frappées mortellement revenir à une santé presque complète, d'en voir même qui se doutent à peine qu'elles portent une grave maladie du cœur et peuvent travailler et allaiter leurs enfants, et devenir en-

ceintes tandis qu'elles nourrissent. Quelques-unes ne sont pas œdématisées.

Monot peut travailler jusqu'à six mois de grossesse ; les jambes sont à peine œdématisées au moment de l'accouchement.

Pinseau, malgré une lésion grave de l'artère pulmonaire qui la cyanose au moment où nous la voyons, dit n'avoir pas observé cette teinte foncée pendant ses grossesses, mais les jambes étaient très-enflées.

Bonenfant n'a rien eu de remarquable pendant ses grossesses ; les jambes mêmes n'étaient pas œdématisées.

Thirion que nous observons pendant quatre grossesses n'a pas le moindre extérieur des maladies du cœur ; c'est un des cas les plus remarquables que nous ayons vus.

Insuffisance et rétrécissement mitral. — Insuffisance aortique. — 4 grossesses précédées de lésion grave du cœur. — Pas d'accidents graves. — Hémoptysies.

Thirion, 29 ans, domestique, 33, salle Saint-Antoine, Hôtel-Dieu. 20 mars 1866.

A 26 ans elle reste trois mois à Saint-Antoine pour un rhume et un érysipèle ; elle ne se remet pas et est obligée de passer huit mois dans un asile à cause de sa faiblesse. Il y a trois mois à la suite d'une vive contrariété, elle est prise d'étouffement et de palpitations, mais elle peut encore monter deux seaux d'eau. Elle est enceinte de sept mois. Elle a les signes stéthoscopiques d'un rétrécissement mitral et d'une insuffisance aortique, mais aucun autre symptôme, pas le moindre œdème.

Elle sort le 22 avril 1863, je ne sais pas où elle va accoucher.

Elle rentre à l'Hôtel-Dieu le 20 octobre 1865.

Son accouchement a été naturel. L'enfant est mort de convulsions à 3 mois et demi.

Elle a eu un second enfant, puis un troisième il y a six mois.

Pendant cette troisième grossesse, s'est manifestée une pleurésie à droite, elle a craché beaucoup de sang. Les jambes n'étaient pas œdématisées ; les palpitations ont été modérées.

Dernièrement elle a eu encore une hémoptysie ; mais elle a assez de lait pour nourrir son enfant âgé de 6 mois. L'état est à peu près le même qu'il y a deux ans ; pas le moindre œdème, bien qu'elle marche beaucoup ; et cependant déjà elle commence une quatrième grossesse.

Le 17 janvier 1866, elle rentre à l'Hôtel-Dieu, enceinte de trois mois, sort le 22, puis rentre le 31 pour sortir le 2 février, toujours dans le même état. Je ne la revois plus.

Insuffisance et rétrécissement mitral. — Enceinte de cinq mois. — Pas d'œdème.

Périn, 24 ans, employée de commerce, entrée le 18 août, salle Sainte-Madeleine, 8, Charité.

Elle paraît n'avoir pas eu d'autre maladie qu'une rougeole à 5 ans. Régliée

à 13 ans, elle ne l'a jamais été bien, sans avoir ni pertes ni épistaxis. Les palpitations et la difficulté pour monter datent d'un an. Depuis sept mois elle se plaint d'une douleur de la hanche droite. Au début de sa grossesse elle a eu des vomissements abondants; celle-ci remonte à cinq mois. Depuis deux ou trois mois, elle est très-pâle et n'a eu ni œdème des jambes, ni épistaxis, ni hémoptysie.

Le 26. J'entends un souffle au premier temps et un roulement au second temps. L'auscultation seule, pratiquée avec soin, peut indiquer la lésion du cœur.

Le 30. Même état. Cependant la malade se plaint de quelques douleurs de ventre.

27 septembre. Pâleur. La malade se plaint beaucoup des reins. Souffle au premier temps très-fort. Bruit anormal du second temps douteux.

Insuffisance et rétrécissement mitral. Rhumatisme articulaire aigu. Palpitations. Enceinte de six mois; pas d'œdème, orthopnée, hémoptysie.

Soulois, 18 ans, couturière, 3 avril 1872.

Rhumatisme articulaire aigu à 13 ans. Régée à 14 ans. Les palpitations datent de cette époque et deviennent de plus en plus fortes. Plus tard, second rhumatisme articulaire et érysipèle. Aujourd'hui elle est enceinte de six mois; pâle, étendue le jour, elle est obligée de rester assise pendant la nuit. Elle a encore eu une hémoptysie il y a un mois. Les jambes ne sont pas œdématisées.

Insuffisance et rétrécissement mitral, anhélation, syncopes et épistaxis depuis l'enfance. Scarlatine. Variole. 10 grossesses, dont une gémellaire. Métorrhagies. Pas d'œdème pendant les grossesses.

Gourio, 51 ans, couturière, entre le 8, salle Sainte-Marthe (Charité), le 24 août 1868.

Étant jeune, elle a des épistaxis très-abondantes, de l'essoufflement et des pertes de connaissance, et est atteinte successivement par la rougeole, la scarlatine, la variole et la fièvre typhoïde. Les règles apparaissent à 15 ans et restent normales jusqu'à 47 ans. Elle a son premier enfant à 24 ans, et est prise à 25 d'érysipèle et de métorrhagies graves qui durent six mois. A 36 ans, elle accouche de son dernier enfant. Elle me dit n'avoir jamais eu les jambes enflées pendant aucune de ses dix grossesses.

Rhumatisme articulaire aigu. Palpitations. Pertes. Hémoptysies. 3 enfants morts de très-bonne heure. Pas d'accidents généraux des maladies du cœur.

Grosjean, 25 ans, couturière, mariée. entre le 22 juillet 1873 salle Saint-Vincent, n° 1, Charité. Je la vois le 13 août 1873.

Elle est réglée à 15 ans, mal: elle reste trois et six mois sans rien voir. Les règles sont très-abondantes. Les palpitations paraissent dès l'âge de 15 ans. Elle se marie à 18 ans. Dix mois après son mariage, elle a un premier rhumatisme qui dure deux ans, accompagné de fortes palpitations. A 19 ans et demi, elle a un premier enfant qui naît à huit mois et ne vit que

trois semaines. A 23 ans, elle a un second enfant à terme qui vit huit jours. Elle n'a pas d'œdème des jambes. A 24 ans, second rhumatisme de quinze jours. Il y a trois mois, elle accouche à terme d'un enfant qui vit trois semaines. Avant d'accoucher, elle a eu des vomissements de sang, surtout pendant huit jours, mais pas d'œdème des jambes ; jamais d'épistaxis. Huit jours avant d'accoucher, elle ne pouvait plus marcher. Au moment de la délivrance, perte abondante. Pendant ses grossesses, elle a toujours eu des hémoptysies abondantes et des vomissements continuels. Rien d'extraordinaire n'a signalé l'accouchement. Ce mois-ci, elle a eu trois fois ses règles, très-abondamment.

Les mains sont déformées depuis cinq ans déjà. Elle porte des cicatrices de scrofule. Le pouls est à 64, régulier, vibrant. On n'observe pas les signes généraux des maladies du cœur ; on note une insuffisance mitrale, une insuffisance aortique, et peut-être un peu de rétrécissement.

Lemaire n'a pas eu les jambes enflées pendant ses grossesses, mais elle a éprouvé des palpitations, des étourdissements et de l'étouffement.

Raquillet, Poulet, Martin disent n'avoir pas eu d'œdème des jambes.

Pialat, malgré sa cyanose, semble n'avoir éprouvé aucune gêne pendant ses grossesses.

Nous ne prétendons pas que toutes les femmes aient été aussi favorisées.

L'accouchement a-t-il présenté quelque chose de particulier?

Chez M^{me} B., il n'a pas eu lieu, non plus que chez la femme observée par Em. Dubois,

Chez Guillemot, M. Campbell a pratiqué avec succès l'opération césarienne.

Pour la femme dont Ramsbotham a fait l'autopsie, le travail avait été facile et prompt.

La femme Baker était accouchée en six heures ; la fille Monot également en six heures, en perdant peu de sang.

Pinseau dit avoir eu des accouchements faciles.

Toussaint est accouchée en une heure et demie à la Clinique, la délivrance a été naturelle. M. le docteur Bailly me dit avoir été frappé de la promptitude de l'accouchement (deux heures), chez une dame atteinte de maladie du cœur depuis longtemps, enceinte pour la première fois après dix années de ménage, mais ne présentant aucun des signes de l'asystolie ; elle n'a pas eu de perte. Il y aurait donc chez elle une stérilité relative.

Thirion a eu des accouchements naturels.

Chez Curteley, accouchée à l'Hôtel-Dieu, on n'a rien observé de particulier.

Ruffier a une hémorrhagie à sa dernière couche.

Chez Nemmen, l'enfant s'est présenté par le siège : peut-être est-il venu avant terme ?

Deux femmes meurent en accouchant.

Peut-être devons-nous rapporter aux efforts de la parturition la lésion spéciale que nous trouvons dans le cas suivant ? Mais la malade étant morte quinze mois après son accouchement, nous devons rester dans le doute.

Insuffisance et rétrécissement mitral (Déchirure de la mitrale.) — Etouffement et palpitations. — Accouchement à 7 mois 1/2, observé par nous. — Déchirure de la mitrale ? — OEdème. — Pleurésie. — Rechute. — Mort, 15 mois après l'accouchement.

Monot, 24 ans, cartonnrière, entre le 24 août 1857, salle Sainte-Madeleine, 12, meurt le 19 janvier 1859.

Dès l'âge de neuf ans, elle se plaint d'étouffements et de palpitations, et voit apparaître ses premières règles à 15 ans; celles-ci sont régulières jusqu'à 18 ans. Elle est soignée par Aran et par Gendrin à la Pitié, pour une maladie de cœur et devient enceinte en février 1857; nous la voyons grosse de 6 mois : elle est plus malade depuis le début; les jambes sont enflées depuis 2 mois. Elle a travaillé jusqu'à présent.

A l'entrée, le pouls est petit à 120. Respiration à 30. Température 37°. Taille, 1 mètre 40.

On entend à la pointe un souffle sec, prolongé, que parfois on est tenté de juger chlorotique, tant la malade est pâle et chétive. A peine de l'œdème.

16 octobre. Quelques douleurs apparaissent, qui deviennent plus vives le 17 à 5 heures du matin. A 10 heures, la dilatation est complète, on sent la fontanelle antérieure à droite, position transversale; on entend les claquements à gauche. Elle accouche à 11 heures du matin 1 mois ou 1 mois 1/2 avant terme. Elle perd peu de sang.

Soir. Pâleur. Céphalalgie. Urine un peu albumineuse.

18. OEdème de la figure. Pâleur. Un peu d'albumine. Peu de sang dans les lochies.

19. Pas de tuméfaction des seins. Un peu de matité en arrière à droite.

22. Essoufflement. Pas de sommeil depuis l'accouchement.

23. Pouls à 108. Souffle d'expiration.

3 novembre. Pouls 84, régulier. Pas d'œdème. Matité en arrière à droite. Cœur toujours très-gros, mesurant 15 centimètres depuis le troisième espace gauche contre le sternum jusqu'à la pointe. Triple bruit à la pointe et sous le sternum. Le premier claquement est toujours fortement frappé;

coup de râpe à la pointe, pas de grondement au second temps. Peu de palpitations. Pas d'anhélation. Elle se lève.

14 novembre. Grondement au second temps. Pas d'enflure des jambes. Sortie.

30 décembre 1858. Une seule apparition de règles 6 semaines après l'accouchement. Pâleur, pas de cyanose, lèvres rouges. Dyspnée extrême. Pouls à 124, régulier. Resp. 36.

Nous trouvons à l'autopsie une lésion toute particulière de la mitrale. Une des cordes tendineuses sépare en deux l'orifice, comme si un trou se fût fait dans la valvule en dehors du point d'attache d'une corde.

A quel moment cette déchirure s'est-elle produite?

On pourrait supposer que c'est au moment de l'accouchement. Encore n'est-il pas certain que ce soit une déchirure.

Les suites de couches sont importantes à étudier, puisque, comme nous l'avons montré, la mort peut frapper la femme quelques heures, quelques jours après la délivrance. L'accouchée est exposée, comme toute autre, aux lésions de l'état puerpéral; mais ce qui surprend, c'est que des œdèmes, des épanchements qui n'existaient pas pendant la grossesse surviennent lorsque la circulation paraît devoir être plus facile, la femme étant délivrée.

Monot s'infiltré et présente des épanchements dans les plèvres, seulement après la délivrance.

Chez Curteley, les accidents n'apparaissent qu'après l'accouchement.

Chez Lemaire, les jambes n'enflent qu'après l'accouchement; et quatre mois plus tard, tandis qu'elle donne le sein à son enfant, une embolie la frappe de paralysie.

Pour Raquillet, c'est après une fausse-couche que les jambes enflent, qu'il se produit de l'ictère et de l'ascite; puis tout disparaît quatre mois après, excepté, bien entendu, la lésion cardiaque.

Poulet. L'œdème ne se montre que deux mois après l'accouchement.

Insuffisance et rétrécissement mitral. — Insuffisance de la tricuspidale. — Insuffisance aortique. Anhélation dès l'enfance. — Fluxion de poitrine à 3 mois de grossesse. — A 5 mois on constate une lésion du cœur grave, organisée. — Accouchement à 7 mois. — Accidents consécutifs. — Rétablissement.

Curteley, 25 ans, née à Mailly (Côte-d'Or), célibataire, entre le 1^{er} septembre 1871 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, 12.

Elle est bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Dès son enfance elle ne peut pas courir et a la respiration courte. A 17 ans une fièvre muqueuse la tient

au lit 2 mois. Il y a 6 semaines, étant enceinte de 3 mois $1/2$, elle a une fluxion de poitrine avec douleur le long du sternum et toux sans crachats ; et les palpitations qui existaient déjà augmentent beaucoup. Jamais elle n'a eu de douleurs dans les jointures ; les jambes n'ont jamais été enflées. Elle est enceinte de 5 mois quand nous la voyons.

La peau est fine, légèrement brune, très-peu violette, le pouls est à 108. régulier, égal, vibrant. Double souffle intermittent crural. Pouls veineux. A la pointe souffle énorme, rude, au premier temps, suivi d'un roulement au second temps. Au niveau de l'orifice aortique, souffle au second temps. En bas du sternum, souffle très-fort au premier temps. La malade est étendue dans son lit.

Le 25 octobre. Pouls à 84, régulier, assez développé. Partout on entend un souffle avec une forme un peu différente suivant les endroits, en jet de vapeur ou en arrachement, à la pointe et le long du sternum. On note le dédoublement du second claquement. Pas de double souffle crural. On entend très bien les claquements du cœur fœtal.

La femme accouche à sept mois, le 29 octobre d'un enfant mort.

4 novembre. Pouls à 100. Elle est pâle, très-oppresée ; épanchement dans les deux plèvres. Le ventre est gros et douloureux. Les jambes sont œdématisées.

Le 9. Plaques nombreuses d'herpès aux lèvres. La poitrine va mieux. mais de nouveaux accidents se sont manifestés du côté du ventre.

Le 23. Elle va beaucoup mieux. Le pouls est régulier. Les jambes sont tout à fait désenflées. L'abcès du ventre est guéri.

10 décembre. Aucune cyanose. Aucun œdème. Les bruits anormaux semblent se passer autant à droite qu'à gauche.

Le 22. La malade commence à se lever.

26 janvier 1872. La malade est levée, se trouve bien, mais ne pense pas encore à quitter l'hôpital. Elle a la face pâle et les mains bleues. Le pouls est régulier, développé. Le cou présente les mêmes battements veineux. Le bruit que l'on entend au cœur est circulaire, les différents éléments se rejoignent ; il me paraît au moins aussi prononcé au niveau du sternum qu'à gauche. Au premier temps c'est un souffle présystolique et systolique, suivi d'un second claquement dédoublé ; mais il devient difficile de séparer le second temps du premier, il n'y a pas de temps d'arrêt, pas de silence. Je penserais à un double rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche et droit. Peu de son en arrière à droite, avec affaissement de la poitrine et rétraction par adhérence des plèvres.

En juillet 1872, huit mois après l'accouchement, la mère de la salle Saint-Bernard me dit avoir revu cette femme, qui a repris ses occupations de sous-maitresse sans en paraître fatiguée.

Remarque. — Cette femme ne présente comme antécédent qu'une fièvre typhoïde, mais elle dit que dès son enfance elle ne pouvait pas courir, elle avait la respiration courte. A trois mois et demi de grossesse, elle a une fluxion de poitrine, avec toux sans crachats et dou-

leur le long du sternum, une pleurésie. Nous la voyons enceinte de cinq mois; les palpitations ont beaucoup augmenté depuis un mois. Elle a un rétrécissement mitral et une insuffisance aortique; depuis quelle époque? Nous ne saurions le dire; mais nous pensons qu'une pareille lésion ne s'organise pas en six semaines et devait précéder la fluxion de poitrine. Quoi qu'il en soit, la grossesse se trouve en présence d'une maladie grave du cœur. La malade accouche à sept mois d'un enfant mort. Des accidents graves se manifestent du côté de la poitrine et du ventre, et la malade sort trois ou quatre mois après son accouchement; six mois plus tard on la revoit, elle a repris sa profession de sous-maitresse sans en être fatiguée.

Nous aurions voulu donner quelques détails sur la *lactation*, mais nous trouvons peu de renseignements dans nos notes.

Chez Monot les seins ne sont pas gonflés.

Lemaire, âgée de 42 ans, allaitait son enfant de 5 mois, quand elle eut une embolie cérébrale.

Pinseau n'a pu nourrir son dernier enfant que quinze jours.

Thirion nourrissait son troisième enfant, âgé de 6 mois, quand elle est devenue enceinte sans aucun accident.

Fialat a donné le sein quinze et dix-sept mois.

Railly, premier enfant, nourri sept mois (mort); deuxième, nourri, vit encore; quatrième, nourri 9 mois, mort; cinquième, nourri treize mois, vit encore. Cette femme a un rétrécissement mitral dont je ne puis fixer la date; elle est restée bien portante jusqu'il y a deux mois.

Millard. Lésion du cœur très-probable, mais modérée. Deuxième enfant, nourri dix mois, puis nourrisson; mais elle est obligée de cesser au bout de deux mois.

Souillet. 1° nourrit son enfant et un autre pendant deux ans; 2° enfants nourris facilement neuf mois.

Une femme atteinte de lésion grave du cœur peut donc allaiter ses enfants, mais ce sera là, je pense, une exception que la nécessité seule pourra justifier.

Cyanose. — Souffle au premier temps, suivant le trajet présumé de l'artère pulmonaire. — Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. — Régée à 22 ans, deux grossesses. — Métorrhagie. — Elle nourrit.

Pialat, 46 ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 novembre 1863, et sort le 3 décembre.

Etant enfant, elle court et monte difficilement; on ne la laisse pas battre le blé. Elle souffle et se croit poitrinaire dès sa jeunesse. Elle n'est réglée

qu'à 22 ans et l'est mal jusqu'à 26. A 22 ans, elle a déjà la jambe droite enflée pendant quatre à cinq jours. A 29 ans, premier accouchement, accompagné de pertes et d'enflure de la jambe droite. Elle dit n'avoir pas été gênée pendant ses grossesses. A 32 ans, seconde grossesse, pas d'œdème, nouvelle métorrhagie ; elle nourrit ses enfants quinze et dix-sept mois. A 36 ans, métorrhagie qui dure 6 ans et ne s'arrête que pendant un an, pour reparaitre il y a trois ans, époque à laquelle elle porte encore de gros fardeaux. La maladie ne date pour elle que de ce moment : la cyanose apparaît alors ; auparavant elle était fraîche, active, nullement frileuse ; elle redoute encore la chaleur. La maladie a augmenté depuis deux ans et surtout depuis un an. Jamais elle n'a de syncope.

Insuffisance et rétrécissement mitral, insuffisance aortique légère. Embolie cérébrale. Rhumatisme articulaire aigu. Régée à 20 ans, maladie de cœur. Palpitations à 32 ans. 5 enfants, le dernier il y a deux mois. Attaque de paralysie pendant l'allaitement.

Lemaire, 42 ans, journalière, 18, Saint-Bernard, 5 septembre 1865,

A 16 ans, elle a un rhumatisme articulaire aigu qui dure un mois, et n'est réglée qu'à 20 ans. A 27 ans, elle a le premier de ses cinq enfants, qu'elle nourrit tous. Des palpitations n'apparaissent qu'à 32 ans. Elle accouche il y a deux mois ; pour cette seule grossesse, elle a des palpitations, de l'étouffement, des étourdissements. Ses jambes n'ont même enflé que depuis qu'elle est accouchée. A la fin d'octobre, elle donnait encore le sein à son enfant lorsqu'elle perdit connaissance. Elle pouvait parler : le bras gauche était paralysé.

Pronostic. — Quelque forte que soit notre tendance, guidée par les seuls faits, à rassurer les esprits sur les suites d'une grossesse compliquée de lésion du cœur, nous ne pouvons dissimuler la gravité réelle du pronostic. Sous l'influence de cet état morbide, la menstruation est troublée, la stérilité est possible, les fausses couches sont nombreuses, les accouchements avant terme fréquents, les enfants exposés à mourir soit en naissant, soit peu de temps après, la mère est menacée de mort plus ou moins rapide. Mais prenons garde de charger le tableau de couleurs trop sombres. La femme atteinte de maladie du cœur peut accoucher sans accidents graves et se rétablir à peu près complètement. Parfois la maladie ne semble pas aggravée par la grossesse et reste ce qu'elle serait sans cette complication.

Traitement. — Le traitement est le même que pour toute maladie du cœur non compliquée de grossesse, mais ce nouvel élément impose l'idée d'un autre remède, qui ne peut être que l'avortement ou l'accouchement prématuré. Jacquemier, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, effleure le problème qui mérite cependant un examen attentif, s'il ne peut être résolu à l'aide des faits dont nous disposons.

Dehous, dans sa thèse inaugurale (1854), inspirée par Paul Dubois, et dont M. Pajot m'a dit revendiquer une bonne part, pose ces deux questions :

1° Une femme enceinte de quatre ou cinq mois présente tous les signes d'une maladie de cœur très-grave, qui menace ses jours et qui ne peut que croître avec les progrès de la grossesse ; est-on autorisé à provoquer l'avortement ?

2° Une femme enceinte de sept mois et demi au moins se trouve dans les conditions précédentes ; faut-il provoquer l'accouchement prématuré ?

La première question n'a pas encore reçu de réponse bien positive : les dangers qui entourent le remède lui-même sont la cause de doutes et d'hésitations, que l'avenir lèvera peut-être un jour.

Quant à la seconde, en dépit des idées de Baudelocque et de Capuron, elle tend de plus en plus à être résolue affirmativement par la plupart des praticiens. En effet, si l'art n'intervient pas, mort presque certaine pour la femme comme pour le produit de la conception. Si l'art intervient, moins de chance de vie pour un enfant dont l'existence est, malgré tout, bien compromise, mais conservation très-probable de la mère à sa famille, à ses autres enfants.

Dehous ne connaissait pas très-bien toutes les données du problème. Il n'est pas juste de dire que les accidents ne peuvent que croître avec les progrès de la grossesse ; que, si l'art n'intervient pas, la mort est presque certaine pour la femme comme pour le produit de la conception.

De plus, Dehous ne se demande pas quelle conduite il faut tenir en face d'une maladie de cœur sans accidents généraux ; il ne sait pas que, même dans ces conditions, la mort peut avoir lieu à la suite de l'accouchement

Enfin ne faut-il pas tenir compte de l'endocardite puerpérale qui doit se développer plus facilement sur un cœur déjà atteint, et n'y aurait-il pas avantage à délivrer la mère le plus tôt possible ?

Nous avons montré la fréquence de la stérilité, des pertes qui souvent sont des fausses-couches, des avortements, des accouchements prématurés, des morts à terme, des morts prématurées ; la route semblerait donc tracée ; l'enfant est le plus souvent sacrifié même sans l'intervention du médecin. La question me paraît beaucoup moins difficile à résoudre pour l'enfant que pour la mère.

En général les graves accidents et la mort n'apparaissent pour la

mère que lorsque celle-ci a dépassé sept mois et demi. Il y a donc une limite qui nous est en quelque sorte indiquée. L'enfant a-t-il beaucoup à gagner dans le sein de la mère atteinte de lésion du cœur à partir de cette époque? C'est contestable pour le plus grand nombre des cas. La mère a-t-elle à gagner à la séparation? Nous le pensons, puisque la délivrance a lieu le plus souvent avant terme. Nous pensons donc que, chez toute femme atteinte de maladie grave du cœur, n'y eût-il pas de symptômes généraux, l'accouchement, provoqué à sept mois et demi, doit se dresser devant la responsabilité du médecin qui ne peut se dérober à ce grave moyen que par des soins exceptionnels donnés à la femme : le médecin doit savoir que la femme peut mourir subitement. Sans doute, c'est là une exception, mais elle est effrayante.

Le médecin doit-il provoquer l'avortement? Il est bien difficile de proposer un pareil moyen s'il n'y a pas d'accidents généraux, mais, même dans ce cas, si la femme avait déjà un ou plusieurs enfants pour constituer la famille, je crois que la discussion serait autorisée. Dans le cas d'accidents généraux, le médecin devrait prévenir la famille de ce qui pourrait arriver et se poser la question : Si c'était à moi, que ferais-je? La réponse ne me paraît pas douteuse.

Je n'ai trouvé que deux observations d'accouchement prématuré provoqué; l'une a été donnée par M. Dubreuilh, de Bordeaux, à l'*Union médicale*, en 1854, l'autre m'a été remise par mon ami le docteur Lemaire, ancien chef de clinique de la Faculté.

Le succès a été absolument différent. M. Dubreuilh a eu le bonheur de sauver la mère et l'enfant. MM. Lemaire et Belin ont perdu l'un et l'autre : la mère a survécu douze heures. Je dois dire que je suis beaucoup plus sûr du diagnostic dans le cas de M. Lemaire que dans celui de M. Dubreuilh.

Accouchement provoqué à sept mois et demi pour une maladie de cœur compliquée des plus graves accidents; succès pour la mère et l'enfant, par le Dr Ca. DUBREUILH de Bordeaux (Union médicale, 21 février 1854).

Mme D..., âgée de 32 ans, a toujours été bien réglée. Mariée à 23 ans, elle a deux grossesses qui ne présentent rien d'anormal. Après son second accouchement à 25 ans, elle a une hémorrhagie très-forte, et depuis ce moment reste très-pâle. Depuis deux ans, M^{me} D... éprouve des palpitations si violentes qu'elles produisent parfois des syncopes. Le 10 mai 1853 la menstruation se fait pour la dernière fois. A la fin du mois d'août, la physionomie est triste, la peau d'une blancheur jaunâtre, le corps amaigri, le pouls petit à 80, l'appétit presque nul, la digestion laborieuse; les potages seuls ne sont pas vomis; l'oppression et la dyspnée empêchent le sommeil. La malade tousse surtout

le matin et rend des crachats sanguinolents, quelquefois du sang pur. Le soir elle a plus de chaleur à la peau et le matin elle transpire. Les palpitations ont considérablement augmenté et produisent beaucoup plus souvent des syncopes assez longues. L'auscultation de la région précordiale donne les signes évidents d'une hypertrophie du cœur; celle des organes respiratoires démontre de la matité sur les parties antérieures et sous-claviculaires. On constate des râles muqueux et crépitants pendant l'inspiration. Il n'y a ni œdème, ni diarrhée. Au mois de septembre, l'oppression augmente encore, la toux est incessante. Le 3 décembre, Mme D..., enceinte de six mois et demi est prise d'une céphalalgie très-violente pendant trois jours. Les vomissements, les selles, les syncopes se répètent, la malade ne se lève plus. Le 10 décembre, la face est bouffie, les pieds et les jambes, les mains et les poignets sont très-enflés, les urines très-albumineuses. Les membres et la face sont agités par des mouvements nerveux. Le 1^{er} janvier elle est beaucoup plus oppressée, se tient assise dans un fauteuil et vomit continuellement. Céphalalgie frontale très-vive, pouls à 130, déprimé; peau brûlante, puis froide, extrémités inférieures très-enflées; léger délire.

M. Dubreuilh provoque l'accouchement le 6 et retire par la version un enfant vivant. Immédiatement après la déplétion, une syncope fait craindre la mort; la perte est modérée. Le 7, légers mouvements convulsifs, pouls plus fort à 125, dyspnée beaucoup moindre, la toux cesse. Le 8, vomissements et frisson; ballonnement du ventre. Le 10, M^{me} D... peut dormir complètement étendue. Depuis six jours tous les accidents se dissipent. Le 26, Mme D... peut être portée sur un fauteuil; la digestion est bonne, le pouls à 80, le sommeil bon. Le 1^{er} février elle part à la campagne. Les battements de cœur et l'oppression persistent. »

Je regrette quelques détails sur l'auscultation du cœur : peut-être à tort, je ne suis pas absolument convaincu que M^{me} D... eût une maladie de cœur, mais tout le monde ne partagera pas mon opinion.

Observation communiquée par M. Lemaire, ancien chef de clinique.

J'ai été appelé, fin décembre 1855, pour donner des soins à Mme B..., âgée de 30 ans environ. Cette dame présentait les signes caractéristiques d'une affection organique du cœur (Hypertrophie assez notable, insuffisance de la mitrale, avec rétrécissement de l'orifice. Symptômes généraux complets.) Je la vis de nouveau au mois de mars 1856; elle comptait six mois de grossesse et se plaignait d'une gêne considérable de la respiration; la dyspnée alla toujours croissant jusque dans le milieu du mois d'avril, et la suffocation devint telle qu'après m'être concerté avec M. le docteur Belin, il fut décidé qu'on aurait recours à l'accouchement prématuré artificiel au moyen d'injections. Le fœtus ne vécut qu'un quart d'heure au plus. L'accouchement eut lieu vers les quatre heures du soir. A dix heures, le visage était pâle, couvert d'une sueur froide, les traits profondément altérés; le pouls, extrêmement petit, disparaissait quelquefois pendant plusieurs secondes; la faiblesse était extrême, les lipothymies se succédaient. La mort arriva vers les quatre heures du matin sans agonie.

Cette femme paraît n'avoir été accouchée qu'à sept ou huit mois; n'y a-t-il pas lieu de regretter qu'elle ne l'ait pas été plus tôt?

Quant au conseil à donner à une jeune fille atteinte de maladie grave du cœur, bien qu'elle ait quelques chances de ne pas aggraver par le mariage sa maladie et d'avoir des enfants bien portants, comme la femme du pasteur dont nous parlait M. Depaul, nous appuyant sur une observation faite à nous par Constantin Paul que, dans les couvents, les maladies du cœur vivent longtemps, nous lui donnerions le conseil de vivre dans le célibat.

Enfin, comme conclusion de ce travail, qui a besoin d'être complété par d'autres, je dirai : l'accoucheur doit ausculter avec autant de soin le cœur de la mère que celui du fœtus.

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

Du souffle utérin et des battements du cœur fœtal, par le Dr James Cumming, d'Edimbourg. (Suite.)

DEUXIÈME PARTIE. — DU CŒUR FŒTAL.

Historique. — Il y a un peu plus d'un demi-siècle, M. Mayor, habile chirurgien de Genève, fut le premier qui, en appliquant l'oreille sur l'abdomen d'une femme très-avancée dans sa grossesse, observa et rapporta ensuite cette très-importante découverte des battements du cœur fœtal. Tout ce que je puis affirmer, quant à ces observations, se trouve relaté dans le compte-rendu d'une séance de l'Académie royale des sciences de Paris, tenue le 29 juin 1818, quand M. Percy, rendant compte d'un livre du Dr Lenuce sur les avantages de l'auscultation dans les maladies de la poitrine, fait allusion dans une note de la découverte de Mayor.

Je cite cette note en entier : « Cette observation nous en rappelle une de M. Mayor, habile chirurgien de Genève, qui nous a semblé très-intéressante dans ses rapports avec l'art des accouchements et avec la médecine légale. Il a découvert qu'on peut reconnaître avec certitude si un enfant, arrivé à peu près à terme, est vivant ou non, en appliquant l'oreille sur le ventre de la mère; si l'enfant est vivant, on entend fort bien les battements de son cœur et on les distingue facilement de ceux du poulx de la mère. »

Il me semble probable que c'est en étudiant les mouvements du fœtus dans l'utérus, qu'il entendit accidentellement les pulsations cardiaques. Mais ce n'est là qu'une simple conjecture. Mayor paraît s'être contenté d'avoir fait sa découverte, ne lui ayant pas prêté une très-

grande attention, et n'ayant pas publié, à tout événement, des observations plus étudiées.

En 1821, M. Lejumeau de Kergaradec put donc découvrir aussi, sans connaître les travaux de Mayor, les battements du cœur fœtal. Cela rappelle la découverte simultanée que firent, chacun de leur côté, Cagmard-Latour et Schwance, en 1836, de la cellule végétale dans la levûre. Quoique la priorité de cette découverte appartienne très-véritablement à Mayor, cependant, le plus grand honneur revient à Kergaradec, qui, poursuivant, en outre, ses recherches plus loin, fit une autre grande découverte, celle du souffle utérin. Sa découverte, comme celle de Mayor, paraît ne pas avoir été le résultat de l'induction, mais simplement un hasard. L'observation suivante est extraite de son mémoire :

« Dans l'observation de M^{me} L..., jeune dame avancée dans sa grossesse, il voulut savoir si, avec le stéthoscope, on pouvait entendre le bruit de flot résultant de l'agitation du liquide amniotique. Un jour, pendant qu'il écoutait le bruit résultant d'un mouvement du fœtus, il fut soudainement frappé par un bruit qu'il n'avait pas encore remarqué jusqu'alors. En comptant les pulsations, il en trouva de 143 à 148, tandis que le pouls maternel, dans le même temps, ne battait que 70 fois par minute. Il a conclu depuis que le premier bruit était produit par la contraction du cœur fœtal. Dans cette occasion, il entendit ces battements sur le côté gauche; ce qui, ajoute-t-il, indique la première position établie par les accoucheurs. » (A suivre.)

REVUE CLINIQUE.

De l'emploi du chloral dans l'éclampsie puerpérale.

Un des derniers numéros du *Bulletin de thérapeutique* renfermait une note relative aux indications du chloral dans les accouchements.

Dans un espace de temps relativement très-court, dans quinze mois, j'ai eu l'occasion d'employer trois fois le chloral avec succès dans l'éclampsie puerpérale.

Je ne vous enverrai pas ces observations en détail, car elles n'offrent rien de remarquable et elles ressemblent à toutes les observations de ce genre; mais j'insisterai sur le mode d'emploi du médicament.

Mes trois malades étaient albuminuriques : la première fut prise de ces attaques six heures après l'accouchement, les deux autres pendant le travail; l'une d'elles accoucha naturellement, pendant les attaques, d'un enfant mort; l'autre n'eut plus aucune douleur quand les atta-

ques eurent cessé, et je fus obligé de terminer l'accouchement avec le forceps : l'enfant naquit vivant et bien conformé.

La première de nos malades avait eu vingt-quatre attaques se succédant régulièrement tous les quarts d'heure; deux potions contenant chacune

Hydrate de chloral..... 6 grammes.

Sirop de Tolu..... 60 —

Essence de menthe..... quelques gouttes.

furent préparées, et, me conformant aux règles posées par un de nos confrères dans un des numéros précédents du *Bulletin* (janvier 1874) je fis prendre presque coup sur coup la première de ces potions : une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure à peu près. La malade eut une vingt-cinquième attaque avant d'avoir achevé la première potion; puis les attaques se suspendirent complètement, et, au bout de trois ou quatre jours, elle avait recouvré entièrement son intelligence. Je donnai environ la moitié de la seconde potion par cuillerées à café toutes les deux ou trois heures seulement.

La seconde de mes malades avait eu huit attaques quand j'arrivai auprès d'elle; chaque attaque était précédée d'une grande agitation des bras et des jambes, accompagnée de cris plaintifs; je fis absorber la moitié de la première potion : l'accouchement se fit naturellement. Les attaques se suspendirent pendant une heure et demie; alors l'agitation des bras et des jambes ainsi que les cris recommencèrent; une nouvelle attaque était imminente; je fis rapidement achever la première potion et j'injectai 25 milligrammes de chlorhydrate de morphine. Il n'y eut pas de nouvelle attaque, et, malgré une pneumonie très-sérieuse que contracta la malade en se découvrant pendant les attaques, la guérison était complète au bout de douze jours.

J'ai agi de même dans le troisième cas, qui est tout à fait récent (24 mai 1875) : sept attaques avaient eu lieu; le chloral à la dose de 6 grammes, administré très-rapidement, et une injection de 25 milligrammes de morphine, ont fait cesser les convulsions.

On peut donc, sans hésiter, donner presque coup sur coup 6 gr. de chloral. Quant aux autres 6 grammes, on les tient en réserve pour continuer le médicament si les attaques persistent; et, dans le cas contraire, on continue à donner, toutes les deux ou trois heures, une cuillerée à café de chloral, pour tenir pendant quelque temps encore la malade sous l'influence du remède.

Ces trois faits m'ont d'autant plus frappé que j'avais eu antérieurement six cas d'éclampsie que j'avais traités par les sangsues et les inhalations de chloroformes, et j'avais eu six décès à déplorer.

J'invite mes confrères de la campagne à publier les observations des malades qui les auront vivement impressionnés, et surtout à bien insister sur tous les détails qui peuvent permettre à celui qui les lit de suivre de point en point une médication qui a réussi dans un cas sérieux. Notre journal de médecine est souvent notre seule causerie confraternelle que nous ayons pendant de longs mois, et nous sommes toujours heureux quand nous y trouvons, avec beaucoup de détails pratiques, la relation d'un cas en présence duquel nous aurions hésité quelquefois à employer un moyen qui a bien réussi entre les mains d'un de nos confrères. (*Bull. de therap.*)

D^r PORTAL.

Saint-Geniès de Malgoire (Gard), 14 juillet.

Quatre cas d'éclampsie puerpérale guéris par l'éthérisation et l'application de sangsues à la vulve lorsque les lochies sont supprimées ou diminuées.

Le Dr Portal, de Saint-Geniès-de-Malgoire (Gard), après avoir publié dans le *Bulletin de thérapeutique* trois cas d'éclampsie qu'il a guéris par le chloral, invite ses confrères à faire connaître les observations intéressantes de leur pratique sur le même sujet. Je réponds avec empressement à son appel, attendu qu'il existe entre lui et moi, à propos de l'éclampsie, une frappante communauté de revers et de succès. Cet honorable confrère dit, en effet, que les trois guérisons qu'il a obtenues l'ont d'autant plus impressionné qu'il avait eu antérieurement six cas d'éclampsie qu'il avait traités par les sangsues et les inhalations de chloroforme et qu'il avait eu six décès à déplorer. A mon tour, depuis 1830 jusqu'à 1868, j'ai rencontré dix fois l'éclampsie puerpérale, et chaque fois la terminaison a été mortelle; puis, de 1868 au 8 août 1875, j'ai observé quatre cas de cette redoutable maladie, et mes quatre malades ont été promptement sauvées grâce à la médication que je vais décrire.

Obs. I. — Mme F..., de la commune de Châtillon-la-Palud, âgée de 22 ans, fortement constituée, primipare, accouche à terme le 14 août 1860; trois heures après la délivrance, agitation, plaintes, respiration suspirieuse, puis tout à coup gonflement des muscles du cou, convulsions générales, écume sur les lèvres, langue tirée hors de la bouche et fortement serrée par les dents, perte de connaissance. Cet état dure dix minutes et se termine par un coma profond, un râle trachéal bruyant, semblable à celui de l'agonie, lequel est remplacé au bout d'un quart d'heure par un sommeil assez tranquille, mais qui n'est qu'un masque trompeur, derrière lequel on reconnaît que le cerveau a déjà reçu de graves atteintes! En effet, l'intelligence est obtuse, et la malade ne répond que difficilement aux questions qui lui sont adressées. Il est deux heures du matin; un second accès a lieu à trois heures,

- et, à dater de ce moment, les crises se renouvellent de demi-heure en demi-heure, puis de quart d'heure en quart d'heure, et lorsque j'arrive auprès de
- la jeune femme, à sept heures, elle était à la dixième et n'avait plus conscience de ce qui se passait autour d'elle.

Pendant vingt-neuf ans, j'avais usé et abusé de la saignée, — qui a été vantée par un grand nombre d'accoucheurs comme l'ancre de salut dans l'éclampsie, et que je considère comme étant plus nuisible qu'utile, surtout quand la spoliation sanguine est considérable, — des antispasmodiques administrés sous toutes les formes, de la glace et des affusions froides : rien ne m'avait réussi. Il était donc peu rationnel de m'égarer une fois de plus dans une voie dans laquelle, pendant tant d'années, je n'avais recueilli que des déceptions. Dans mes réflexions sur cette cruelle maladie, partant de ce principe que l'éclampsie n'est qu'une névrose, que la congestion sanguine développée sur l'encéphale en est l'effet et non la cause, observant, d'autre part, que dans cette circonstance les lochies sont presque toujours supprimées ou diminuées, j'arrivai à conclure que le traitement devait être basé sur ces deux indications :

1° Annihiler l'irritabilité morbide spéciale du cerveau, irritabilité qui se traduit par des crises convulsives intermittentes et entraîne, comme le fait l'épilepsie, la congestion sanguine de cet organe ;

2° Rappeler vers l'utérus la fluxion lochiale qui agirait à titre de dérivatif au bénéfice du cerveau, en rétablissant une fonction importante.

Le chloroforme, qui a déjà fait ses preuves dans l'éclampsie, me paraissait très-approprié à l'accomplissement de la première indication ; cependant je redoutais cet agent, d'ailleurs si précieux, parce que, quelques années auparavant, il avait failli tuer entre mes mains un de mes opérés : je donnai la préférence à l'éther, dont le maniement m'est plus familier et que je crois plus antispasmodique.

Quelques sangsues à la vulve rempliraient la seconde indication. Six sangsues furent donc immédiatement placées sur cette région, et au moment même de la manifestation du onzième accès, je pratiquai l'éthérisation, qui fut poussée jusqu'à résolution complète. L'accès fut moins fort, de longue durée et resta une heure sans reparaitre ; mais alors il reparut, et son invasion fut si brusque qu'il eut le temps d'acquiescer une violence extrême pendant que j'imbibais d'éther les éponges de l'appareil. Néanmoins il fut assez promptement dominé, et, dans le but d'éviter une autre surprise, je réitérai l'éthérisation toutes les demi-heures, pendant six minutes chaque fois, bien que la malade fût parfaitement tranquille. Cette précaution me donna le résultat désiré : depuis neuf heures du matin jusqu'à une heure après midi, la jeune femme dormait d'un sommeil très-calme, et, à dater de ce moment jusqu'au lendemain matin, elle se réveillait à des intervalles plus ou moins rapprochés, buvait quelques cuillerées d'eau sucrée et se rendormait ; l'éclampsie avait disparu.

OBS. II.—F. B..., du bourg Saint-Christophe, Agée de 49 ans, d'une constitution délicate, primipare, accouche à terme, le 15 août 1872, à six heures du matin. A huit heures, premier accès d'éclampsie ; à neuf heures second accès, perte complète de l'intelligence ; à neuf heures et demie, au moment

de mon arrivée auprès de la malade, troisième accès plus violent que les deux autres : quatre sangsues à la vulve, anesthésie maintenue pendant trois heures, en faisant une séance de cinq minutes toutes les demi-heures ; disparition des crises, retour de la connaissance à deux heures après midi ; guérison.

Obs. III. — C. P..., de la commune de Mollon, âgée de 22 ans, d'une bonne santé habituelle, primipare, enceinte de neuf mois, est prise d'éclampsie pendant le travail de l'accouchement, le 10 avril 1873, à dix heures du matin. Suivant la marche de cette maladie, les accès se renouvellent d'heure en heure, puis de demi-heure en demi-heure, et les douleurs utérines cessent. Je suis auprès de la malade à deux heures de l'après-midi ; elle est sans connaissance et éprouve, au moment où je l'examine, un accès effrayant qui est le sixième depuis le début de la maladie. Application du forceps et extraction d'un enfant mort. Pas de sangsues, parce que le sang coule assez abondamment. Anesthésie poussée jusqu'à insensibilité absolue. Chez cette malheureuse jeune femme, la lutte a été pénible : une demi-heure était à peine écoulée qu'une crise éclate avec une telle intensité que je redoute une terminaison fatale. Seconde séance d'anesthésie prolongée pendant vingt minutes et répétée ensuite tous les quarts d'heure pendant cinq minutes chaque fois. Nous obtenons ainsi un calme d'une heure, puis un accès formidable se déclare encore. Application de l'appareil pendant vingt minutes ; comme précédemment, séance de six minutes tous les quarts d'heure. A quatre heures et demie, la malade est dans le plus grand calme, sa respiration est silencieuse ; elle dort jusqu'à six heures sans faire aucun mouvement, reprend toute sa connaissance dans le courant de la nuit, et ne conserve, des secousses terribles qu'elle a éprouvées, qu'une courbature générale qui dure quelques jours.

Obs. IV. — M. C..., de Saint-Maurice de Gourdans, âgée de 20 ans, primipare, enceinte de neuf mois, ressentit les symptômes prodromiques de l'accouchement le 7 août 1875. Tout à coup, et sans cause connue, elle se plaignit de douleurs lancinantes dans la tête, et fut frappée d'une crise d'éclampsie à neuf heures du matin. La sage-femme pratiqua aussitôt une saignée de 158 grammes ; sous l'influence de la saignée ou coïncidemment avec elle, la malade fut soulagée ; pas de nouvelles crises, cessation du mal de tête, mais suppression des douleurs utérines. Arrivé à midi, je trouvai la jeune femme à table avec sa famille, dînant de bon appétit et n'accusant plus aucun malaise. Je constatai, par le toucher, une dilatation égale aux dimensions d'une pièce de 5 francs, avec effacement du col utérin ; je me retirai après avoir annoncé que l'accouchement aurait lieu dans le courant de la nuit, et prévenu la sage-femme que l'éclampsie reparaitrait probablement après la délivrance. Mes prévisions se réalisèrent : l'accouchement se fit à trois heures du matin, et à sept heures l'éclampsie éclata avec les symptômes et la marche que nous lui connaissons. Lors de mon arrivée, à trois heures du soir, la malade avait déjà eu six accès ; elle était sans connaissance et plongée dans la coma. Les lochies étant supprimées, je plaçai douze sangsues à la vulve et pratiquai l'éthérisation pendant vingt-cinq minutes ; il fallut tout ce temps pour dominer la période d'excitation, qui n'a pas

duré moins de quinze minutes et a nécessité l'intervention de quatre hommes vigoureux pour contenir la patiente, en proie à d'affreuses convulsions. Un sommeil paisible succéda à notre opération ; le résultat obtenu me semblait si rassurant que je ne me décidai à répéter l'éthérisation qu'au bout d'une heure. Cette heure écoulée, l'état était toujours si satisfaisant que je crus pouvoir temporiser encore, me tenant prêt, dans tous les cas, à agir au premier signe prodromique d'une crise. Je ne tardai pas à me repentir de mon excès de prudence. A quatre heures et demie, sans aucun symptôme précurseur, un accès plus violent que les précédents nous surprit et jeta tous les assistants dans une véritable consternation. Cet accès, pendant lequel la malade se blessa gravement la langue avec les dents et courut le danger de périr d'asphyxie, dura une demi-heure, malgré que l'appareil muni de ses éponges imbibées d'éther eût été immédiatement appliqué et fût maintenu sur la figure. Afin de prévenir une autre crise, qui probablement eût été mortelle, je fis, comme chez la femme de la troisième observation, une séance d'éthérisation tous les quarts d'heures pendant cinq minutes, et continuai ainsi jusqu'à huit heures du soir.

Le succès couronna ce *modus faciendi*, l'accès ne revint pas : la malade était sauvée. (*Bull. de thérap.*)

Le Dr Roux.

Éclampsie pendant la grossesse et le travail.

Albuminurie. — Saignée. — Bromure de potassium et hydrate de chloral. — Application du forceps. — Enfant vivant. — Guérison.

Le 12 juillet 1875, à 1 heure après midi, on m'appelle auprès de Mlle B..., rue..., n° 5, qui a « des crises. » Pas d'antécédents épileptiques.

Je trouve une jeune fille de 21 ans, d'aspect vigoureux, ayant les yeux à fleur de tête. — la mère a un goître exophthalmique, traité jusqu'ici avec le plus parfait insuccès par les préparations iodées, — qui s'agite dans son lit. En ce moment, l'intelligence est complète ; l'humeur est seulement un peu revêche. La grande lèvre droite est énorme ; elle a le volume d'un œuf de poule, et la transparence vague de l'œdème de ces parties. Les deux membres inférieurs sont œdématiés depuis deux mois. Morsures de la langue, du côté droit seulement.

Ventre très-développé, tumeur dure remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A l'auscultation, signes négatifs. Un examen méthodique est impossible, à cause de l'agitation de la malade. Il est inutile de parler de la difficulté, — chacun sait ça, — que j'ai à obtenir l'aveu d'une grossesse, qui remontait au mois d'octobre 1874.

Piqûres multiples, faites avec une aiguille, sur la grande lèvre droite. Il s'écoule beaucoup de sérosité.

Bromure de potassium.....	4,00
Julep simple.....	180,00

Une cuillerée à soupe toutes les demi-heures.

La résistance de la malade rend la tâche impraticable. De 3 à 4 heures, crises subintrantes, cyanose complète de la face, frisson très-accusé. Ce n'est qu'en employant de la force que je puis ouvrir la bouche de Mlle B..., assez pour y introduire un morceau de liège, afin d'éviter qu'elle se coupe la langue.

Pendant qu'on va chercher des sangsues, que je veux faire placer sur les apophyses mastoïdes, les crises augmentent d'intensité; je fais une saignée de 250 grammes, qui amène du relâchement.

4 heures.— Je profite d'un moment de calme pour aller prier le Dr Binet de me prêter le secours de son expérience. Suivant son conseil, je fais préparer une solution aqueuse de chloral, $\frac{5}{300}$, à donner en lavement.

4 heures 1/2.— Le Dr Binet prescrit l'administration de chloral par quart de lavement, toutes les demi-heures, et l'application constante d'une sangsue à chaque apophyse mastoïde. J'administre moi-même, à une demi-heure de distance, deux lavements, avec 100 grammes environ de la solution, et j'applique une sangsue à droite. Je prescris de continuer. Le catéthérisme, rendu très-malaisé par l'agitation qui reprend, me donne environ 50 gr. d'une urine qui, traitée par l'acide nitrique ou la chaleur, se prend en un flocon si dense qu'on peut retourner l'éprouvette sans qu'il s'en écoule une goutte. Le toucher, toujours très-difficile, me fait sentir un col effacé, mais non dilaté. L'écoulement glaireux normal se fait par la vulve.

8 heures — Calme, ahurissement; la malade, ayant eu soif, a bu toute la potion au bromure. Comme elle refuse les lavements, je prescris l'administration du chloral par la bouche, — j'y ai ajouté une potion de menthe; — du reste, la malade boit tout ce qu'on lui présente, sans se plaindre du goût de ce qu'elle avale.

10 heures 3/4.— Nouvelle solution de chloral, $\frac{5}{300}$, additionnée d'eau de menthe, à discrétion.

Le 13. 9 heures du matin. Nuit calme. Commence à trouver le chloral mauvais; j'y fais ajouter du sirop de framboises. Aucun symptôme de commencement du travail.

5 heures 1/2.— Les douleurs ont commencé à 1 heure; elles se suivent maintenant à deux minutes de distance. Agitation. Solution de chloral par demi-verres. L'opifice utérin a la largeur d'une pièce de 1 franc; présentation de la tête, occiput en avant. J'incise les membranes pour accélérer le travail. Battements du cœur fœtal, faibles à gauche. Tout va normalement jusqu'à 8 heures; à ce moment, les douleurs deviennent languissantes. La tête est dans l'excavation; la malade s'épuise. J'applique le forceps à 9 h. 50. La branche droite ne pouvant pénétrer, j'enlève la première, et je place d'abord la droite, puis la gauche; décroisement. A 10 heures, j'amène un enfant mâle, un peu étonné, mais vivant.

Le 14. L'urine ne précipite que peu par la chaleur; morsures de la langue très-profondes, surtout à droite.

Le 16. L'urine ne précipite plus du tout par la chaleur ni par l'acide nitrique.

Le 22. L'accouchée n'a jamais eu le poulx au-dessus de 90. Les seins ont été gonflés et douloureux pendant vingt-quatre heures, le cinquième jour. Ils sont complètement mous maintenant.

L'enfant prend parfaitement le sein de la nourrice.

Réflexions.— Mlle B... a pris 4 grammes de bromure de potassium et 10 grammes de chloral dans l'espace de trente et une heures, sans

avoir éprouvé plus que de l'engourdissement; et j'ai la conviction que ces deux remèdes ont prévenu le retour des crises. Je ne crois pas qu'on puisse leur attribuer le ralentissement des douleurs, qui étaient très-vigoureuses au début.

Quoique peu partisan, en général, de la saignée dans l'éclampsie, j'ai cru devoir en pratiquer une dans ce cas, à cause de la congestion intense du cerveau et de la cyanose.

Le point incontestablement le plus intéressant de cette observation est la naissance d'un enfant vivant, dans des conditions aussi mauvaises. (*Gaz. Obstét.*)

D^r CORDES.

Trois observations d'éclampsie puerpérale suivie de mort,
par le docteur Eugène MARCHAL.

Les observations d'éclampsie puerpérale que nous publions ont été recueillies toutes les trois, cette année, dans le service d'accouchements de M. le professeur Stoltz. Nous nous bornons à les faire suivre de quelques réflexions critiques, nous réservant de les utiliser pour une prochaine étude sur la pathogénie de l'éclampsie.

Obs. 1^{re}. — La nommée Marguerite G., femme P., âgée de 38 ans, couturière, de taille moyenne, grasse, d'un tempérament lymphatique, est amenée à la Maternité de Nancy, le 10 novembre 1874, à 7 heures du soir.

Les renseignements très-insuffisants fournis par les personnes qui l'accompagnent sont les suivants : La femme P. est enceinte pour la cinquième fois; deux de ses enfants sont vivants; les grossesses et les accouchements antérieurs se sont bien passés. Depuis le début de la présente gestation, la femme P. n'a cessé d'être souffrante et d'être en proie à une tristesse qui ne lui était pas habituelle. Le 10 novembre, vers 8 heures du matin, elle fut prise brusquement d'une attaque convulsive courte, mais suivie de coma pendant trois quarts d'heure environ; elle s'était remise à peu près entièrement quand, à 3 heures de l'après-midi, une deuxième attaque se produisit sans trouble préalable; elle fut suivie de cécité. A partir de ce moment, les attaques se succédèrent de dix en dix minutes, et la femme P. perdit entièrement connaissance vers 5 heures du soir.

Aussitôt après son arrivée à l'hôpital, elle a une violente attaque qui dure une minute et demie et après laquelle elle retombe dans un coma profond. Une deuxième et une troisième crise ont eu lieu à 7 h. 40 m. et à 8 h. 5 m.; elles sont de plus longue durée. C'est à ce moment seulement que je vois la malade. Elle paraît arrivée à peu près à la fin du sixième mois de la grossesse, le fond de l'utérus dépasse très-peu le niveau de l'ombilic; pas d'infiltration. La face est cyanosée, il s'écoule une grande quantité de salive sanguinolente qui macule la partie inférieure de la face, le cou et les vête-

ments ; la langue, très-volumineuse, remplit la bouche et est repoussée contre les arcades dentaires ; elle est violacée et présente des morsures nombreuses. La respiration est bruyante, ronflante, le coma profond. Le pouls est misérable, peu fréquent, irrégulier ; on cherche, sans le découvrir, le double battement fœtal qui, s'il existe encore, est couvert par la respiration bruyante de la mère.

Le col est raccourci sans être entièrement effacé ; on traverse facilement les deux orifices, dilatés de la largeur d'une pièce de vingt centimes, et l'on arrive sur les membranes directement appliquées sur une partie fœtale qui est au-dessus du détroit supérieur et qui paraît être le sommet. L'utérus se contracte avec une assez grande intensité toutes les cinq minutes. A l'aide de la sonde, on retire de la vessie une petite quantité d'urine brune qui, traitée par la chaleur et par l'acide nitrique, précipite une grande proportion d'albumine. Examinée au microscope, elle contient des globules sanguins rouges.

On fait respirer à la malade du chloroforme : l'attaque ne se reproduit qu'après une demi-heure, elle dure longtemps et est aussi violente que la précédente, mais la respiration se rétablit plus facilement. Le sixième accès a lieu à 9 heures 5 m., le septième à 9 heures 35 m. On fait respirer le chloroforme à doses plus élevées vers 10 heures, au moment où une nouvelle attaque paraît vouloir se produire ; la respiration s'accélère, la face se congestionne, les bras s'agitent, mais l'accès avorte. A 10 heures 1/2, on diminue la dose de chloroforme et on donne 4 grammes de chloral en lavement. Ce n'est qu'à 11 heures 1/2 qu'une attaque plus longue, plus violente, se déclare ; à minuit 25 m., la malade s'agite, l'utérus se durcit plus fréquemment : le col n'est plus représenté que par un bourrelet épais, l'orifice est un peu plus largement dilaté que la largeur d'une pièce d'un franc. Les membranes sont intactes et fortement tendues pendant la contraction. Elles sont rompues artificiellement dans le but d'accélérer le travail ; il s'écoule une grande quantité de liquide ; la tête s'applique immédiatement sur l'orifice. Pendant qu'on procède à cet examen, la femme gémit et paraît opposer une certaine résistance, mais ses mouvements ne ressemblent pas à des convulsions éclamptiques.

A partir de ce moment, il ne se produit plus de nouvelle attaque, les inhalations de chloroforme, qui avaient été éloignées, sont tout à fait abandonnées ; la respiration s'embarrasse, le coma devient de plus en plus profond ; le pouls, petit, misérable, s'accélère, la malade succombe à 6 heures du matin. Elle a eu à la Maternité huit attaques d'éclampsie, et six heures se sont écoulées depuis la dernière attaque. Il ne pouvait être question d'opération césarienne *post mortem*, à cause de la mort évidente du fœtus dont le cordon avait été trouvé dans le vagin, sans pulsation.

Autopsie. — Cerveau anémié, pas d'épanchement dans les ventricules, reins hyperémiques, hypertrophie du revêtement épithélial des canaux sécrétieurs avec commencement d'infiltration graisseuse, pas de déformation des canaux et pas d'altération appréciable du côté du tissu conjonctif (1^{re} période de la malade de Bright).

Obs. II. — Joséphine N., âgée de 20 ans, primipare, blonde, aux apparences pléthoriques, est amenée à la Maternité, le 30 juin 1875, à minuit moins un quart. Les renseignements recueillis se bornent aux faits suivants : La fille N. se croyait dans le dernier mois de sa grossesse, elle n'avait éprouvé aucun malaise particulier, lorsque le 30 juin, à 11 heures du matin, elle ressentit une douleur vive à l'épigastre ; à cette douleur vint se joindre, vers 3 heures de l'après-midi, une céphalalgie frontale des plus pénibles. A 8 heures, troubles de la vue, vertiges, difficulté de distinguer les personnes les plus rapprochées. A 8 heures du soir, violente attaque d'éclampsie, après laquelle la fille N. perdit immédiatement connaissance. Une seconde attaque se reproduisit vers 9 heures, c'est alors seulement qu'une sage-femme fut appelée et conseilla de transporter la malade à la clinique d'accouchements. Depuis 10 heures jusqu'à 11 heures 1/2, elle observa six attaques bien caractérisées. Pendant le transport à l'hôpital, qui se fit en voiture et dura environ vingt minutes, eurent lieu deux nouvelles attaques plus violentes encore.

A minuit, je vois la fille N. ; la dixième attaque vient de se terminer : la face est cyanosée, bouffie ; les yeux atones, les pupilles très-dilatées, la bouche remplie d'une écume sanguinolente ; la langue, mordue à différentes places, n'est pas très-volumineuse. Le pouls est fréquent, peu développé ; le tronc, la région sus-pubienne, les membres inférieurs sont très-infiltrés. Le linge placé sous le siège de la parturiente est trempé d'urine écoulée probablement pendant l'accès précédent. On ne peut retirer de la vessie qu'une très-petite quantité d'urine qui, traitée par l'acide nitrique et la chaleur, donne un dépôt d'albumine très-épais et remplissant presque entièrement le tube.

Par le toucher on constate que le col est entièrement effacé, l'orifice, dilaté de la largeur d'une pièce de deux francs, est à bords minces et tranchants, assez souples pendant l'intervalle des contractions. La tête plonge dans l'excavation. Les membranes sont intactes et directement appliquées sur le cuir chavelu. La suture sagittale est dans la direction du diamètre oblique gauche, et la fontanelle postérieure, derrière la cavité cotyloïde gauche. En appliquant la main sur la paroi abdominale, on sent l'utérus se durcir d'une façon presque permanente, ce qui rend la palpation et l'auscultation très-difficiles. On ne perçoit pas nettement le double battement fœtal.

A minuit un quart, l'examen de la malade est à peine terminé lorsqu'elle a une violente attaque qui dure une minute et demie et pendant laquelle sa figure devient violacée ; la respiration se rétablit ensuite d'une façon si incomplète, les râles trachéaux prennent un caractère tel que l'on peut croire un instant à une asphyxie prochaine. Je pratique aussitôt une large saignée (620 grammes), qui est suivie d'une amélioration légère dans l'état de la respiration. Mais la malade ne cesse d'éprouver des contractions musculaires qui ont pour siège les membres et sous l'influence desquelles le sang est projeté avec une grande force, j'ai même un peu de peine à arrêter l'écoulement du sang.

A 1 heure du matin, une nouvelle attaque a lieu ; elle n'est pas suivie des phénomènes d'asphyxie qui ont accompagné la précédente, mais le coma s'accroît, la face s'altère, le pouls devient filiforme. A chaque instant on croit constater le début d'une nouvelle crise qui ne se produit pas. La fille N. meurt à 2 heures du matin. Le toucher est immédiatement pratiqué pour savoir si la terminaison rapide de l'accouchement par les voies naturelles est possible ; la dilatation n'a pas fait de progrès sensibles. On ne constate pas le double battement fœtal ; néanmoins, en présence de signes très-certains de la mort de la mère, on procède, 8 minutes après, à l'hystérotomie abdominale : l'enfant, du sexe masculin, est mort-né ; il pèse 3,090 grammes.

Autopsie. — Cerveau anémié, pas d'épanchement dans les ventricules ; poumons congestionnés ; ventricule gauche du cœur presque vide ; sang noir fluide dans le ventricule droit. Reins très-congestionnés, principalement la substance corticale. Le revêtement épithélial des canaux est hypertrophié et infiltré de graisse. Pas de lésion plus avancée de la maladie de Bright.

Le foie présente de larges plaques d'hémorrhagie qui sont disséminées autant à la surface qu'à l'intérieur de l'organe ; en dehors de ces îlots, la substance hépatique est pâle et comme anémiée.

Dans le voisinage des foyers hémorrhagiques, les éléments cellulaires du foie ont conservé leur physionomie normale ; quelques-uns d'entre eux, cependant, paraissent contenir un peu plus de granulations graisseuses que d'habitude ; l'altération véritable du foie porte sur les capillaires sanguins qui sont infiltrés de graisse, amoindris dans leur calibre, irréguliers de forme. Ces caractères sont surtout très-apparents dans les parties où les éléments cellulaires ont été enlevés au moyen du pinceau. Au niveau des foyers hémorrhagiques, on n'aperçoit plus que des débris informes des parties consécutives de la glande, imprégnés de matière colorante de sang.

Obs. III. — Le 8 mars 1875, entre à la Maternité Marie-Barbe Th., âgée de 20 ans, domestique, enceinte pour la première fois. Elle est grande, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique. Elle dit avoir eu sa dernière époque menstruelle le 12 août, mais le développement de l'utérus prouve que la grossesse n'est arrivée qu'à la fin du cinquième mois.

Depuis six semaines environ, Barbe Th. a senti dans la mamelle gauche une tension bientôt accompagnée d'une augmentation de volume telle que cette mamelle est deux fois plus grosse que celle du côté droit. Du 12 mars au 13 avril, il se produit spontanément plusieurs ouvertures qui laissent écouler une grande quantité de pus. A la fin d'avril, le sein a repris son aspect et son volume normaux, et la santé de la fille Th. paraît tout à fait satisfaisante. Les urines, examinées le 10 juin, en même temps que celles de toutes les enceintes présentes dans le service, ne contiennent pas d'alumine. La proportion d'urée, par litre d'urine, est de 8 gr. 2.

Le 7 juillet, Barbe Th. est prise des douleurs de l'enfantement, la tête du fœtus plongeant dans l'excavation en première position. A 11 h. 1/2 du soir,

expulsion spontanée d'un enfant du sexe féminin à terme. Délivrance normale, environ 20 minutes après ; écoulement de sang modéré.

Vers 1 heure du matin, l'accouchée, qui venait de dormir profondément et avec ronflement pendant un quart d'heure, se réveille et se plaint de céphalalgie frontale intense, puis elle se rendormit jusqu'à 5 heures du matin ; à son réveil elle se plaint de nouveau de douleurs de tête et d'éblouissements, déclarant ne plus distinguer les personnes qui l'entouraient. A 6 heures, eut lieu une première attaque dont l'invasion et la période tonique ne furent point observées, la malade se trouvant seule à ce moment. La période clonique fut assez longue et suivie de coma très-court, la connaissance revint aussitôt. A 7 heures moins le quart, second accès plus long et suivi d'un coma plus profond ; à 7 h. 1/4, troisième attaque suivie de perte de connaissance ; à 8 heures, quatrième crise ; c'est alors seulement que je vois la malade : le pouls est très-faible, peu fréquent ; la face cyanosée, bouffie ; les pupilles contractées ; les extrémités inférieures médiocrement infiltrées. Les urines, qui sont très-abondantes, contiennent une très-grande proportion d'albumine. On commence immédiatement les inhalations de chloroforme ; après une cinquième attaque survenue à 8 h. 1/2, la malade repose d'un sommeil paisible jusqu'à 1 h. 1/2 de l'après-midi ; son intelligence est à peu près revenue ; les inhalations de chloroforme ont été éloignées de plus en plus, mais elles sont reprises avec plus d'activité après un sixième accès d'une durée assez longue. A 3 heures, septième attaque, suivie d'agitation, puis de retour à la connaissance. La malade demande, vers 4 h. 1/2, un peu de bouillon qu'elle n'a pas le temps de boire parce qu'elle est surprise par une huitième crise courte, mais suivie de coma. Une demi-heure seulement s'écoule avant qu'une nouvelle attaque, longue et violente, se déclare ; la malade n'a pas recouvré connaissance, la face se cyanose, des convulsions cloniques agitent le corps tout entier. M. le professeur Stoltz fait cesser les inhalations de chloroforme qui n'ont pas été discontinuées depuis le matin, il fait mettre en permanence deux sangsues derrière les oreilles (10 ont été appliquées), glace sur la tête, cataplasme laudanisé sur le ventre, lavement avec 2 grammes de chloral. Les accès n'en continuent pas moins, en augmentant de fréquence et d'intensité.

A 9 h. 1/2 du soir, la dix-huitième attaque vient d'avoir lieu, la respiration est extrêmement haletante, la face violacée, bouffie, les yeux ouverts, le regard fixe, le pouls misérable, très-fréquent (environ 160).

A minuit, l'état de la malade s'est encore aggravé : la face est devenue pâle, le visage et le cou sont gonflés, la respiration anxieuse, rapide ; pas de ronflement. On retire avec la sonde une petite quantité d'urine très-foncée, contenant une grande quantité d'albumine.

A minuit et demi, la malade se renverse, sa colonne vertébrale s'incurve et l'on peut passer les deux poings entre elle et le lit (opisthotonos). On pratique une injection hypodermique de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine ; un quart d'heure après, vingt-unième attaque complète : période tonique et période clonique, puis ronflements suivis de coma : la face ne se cyanose plus autant qu'aux précédents accès.

Une vingt-deuxième et dernière attaque a eu lieu à 1 heure du matin, puis le coma devient de plus en plus profond ; la malade n'a plus que des soubresauts avec raideur des membres et de la colonne vertébrale. La mort arrive le 9 juillet, à 9 heures du matin.

Autopsie. — Cerveau anémié, pas de suffusion séreuse dans les ventricules ; poumons très-congestionnés. Le cœur gauche contient deux caillots d'agonie ; le cœur droit est gorgé de sang noir, fluide ; il renferme en outre deux énormes caillots décolorés. La rate est congestionnée, les reins fortement hyperémiés, avec hypertrophie de l'épithélium des canaux sécréteurs sans déformation de ces canaux, ni altération du tissu conjonctif. Le foie est gras, à sa surface comme à sa coupe. On trouve de nombreux foyers hémorragiques de la grosseur d'une lentille et entre lesquels la substance hépatique est décolorée. Les vaisseaux capillaires sanguins présentent la même altération que ceux de la fille N. (voir l'observ. II).

En dehors même de l'intérêt que peut offrir chacune de ces observations, au point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique, on est frappé tout d'abord de ce fait, que 3 cas d'éclampsie avec terminaison fatale se sont succédé en moins de huit mois dans une petite maternité comme celle de Nancy. Si l'on consulte la statistique de l'éclampsie à l'hôpital des Cliniques à Paris, où il se fait annuellement 600 accouchements, on ne trouve que 133 éclampsies dans une période de trente-huit ans, soit un peu moins de 4 cas par année. Sur ce nombre, 50 femmes, c'est-à-dire plus du tiers des malades ont succombé ; et il est remarquable que, dans certaines années, les convulsions puerpérales ont été incomparablement plus fréquentes et ont affecté un caractère tout particulier de gravité : en 1867, par exemple, on en a observé 11 cas, dont 5 se sont terminés par la mort. Il n'est pas nécessaire de dire qu'on ne peut voir dans cette succession de faits analogues qu'une simple coïncidence, et qu'on ne saurait l'attribuer à l'influence d'une cause épidémique ou autre, comme quelques auteurs avaient voulu le faire.

L'éclampsie a éclaté chez chacune de nos trois malades dans des conditions tout à fait différentes. L'une, femme mariée, déjà mère de quatre enfants, malade depuis le début de la grossesse, n'était pas infiltrée, mais ses urines étaient albumineuses. L'éclampsie provoqua chez elle, au terme de six mois, un travail prématuré avant la fin duquel elle succomba à cause de l'évolution rapide de la maladie. La seconde était primipare, comme la grande majorité des éclamptiques, bien portante pendant sa grossesse à peu près à terme, infiltrée et albuminurique ; le travail n'aboutit pas non plus, à cause de la mort ra-

pide de la malade. Dans le troisième cas, une fille primipare, accouchée à terme d'une façon normale, fut atteinte d'éclampsie, sept heures seulement après la délivrance, et mourut au bout de vingt-six heures, dans un état d'opisthotonos à peu près permanent. L'infiltration générale et l'albuminurie furent également observées chez elle.

A côté de ces différences, nous retrouvons un grand nombre de caractères communs; ainsi, les prodromes n'ont manqué dans aucun des cas et principalement dans les deux derniers, qui ont été plus particulièrement observés. Ils ont consisté en céphalalgie frontale, douleur épigastrique, vertiges, troubles de la vue allant jusqu'à la cécité. Ni l'une ni l'autre de nos malades n'eut de vomissements. La femme P. et la fille Th. ont présenté ceci de particulier que, lorsqu'elles ont succombé, elles n'avaient plus eu d'attaque depuis six et huit heures, mais étaient tombées dans un coma profond. Chez la fille N., au contraire, les convulsions éclamptiques se continuèrent presque jusqu'au moment de la mort.

La médication n'a pas été identique dans ces trois cas, parce que les indications ont paru différentes. Chez la première malade, la petitesse du pouls, la violence des attaques semblaient justifier l'emploi des anesthésiques et celui de moyens propres à activer le travail (rupture artificielle des membranes). Sous l'influence de l'anesthésie, les convulsions se sont en effet éloignées, mais la malade n'en a pas moins succombé dans le coma. Il en a été de même dans les cas d'éclampsie consécutifs à l'accouchement. Dès les premières inhalations de chloroforme, les attaques, qui se succédaient de demi-heure en demi-heure, ont été supprimées pendant cinq heures, pour reparaitre, il est vrai, avec une fréquence et une intensité sur lesquelles l'anesthésie est restée sans effet aussi bien que les émissions sanguines locales, le chloral et les injections hypodermiques de morphine. La seule malade qui ait été traitée par la saignée était pléthorique, et les phénomènes d'asphyxie, de congestion pulmonaire, paraissaient menaçants. C'est sur ces accidents que l'émission sanguine a paru momentanément agir, sans modifier toutefois la marche ultérieure de la maladie.

On serait peut-être en droit d'affirmer que l'inefficacité de ces médications a tenu principalement à la période déjà avancée de l'affection et que si un traitement énergique, la saignée, avait été mis en usage dès que les symptômes prodromiques ont été observés, la terminaison n'eût pas été la même. Ce qui autoriserait à penser ainsi, c'est le peu de gravité des lésions rénales qui, comme on l'a vu, consistaient dans

les altérations caractérisant le premier degré de la maladie de Bright. A côté de ce résultat de l'examen nécroscopique, qui concorde avec les lésions généralement observées chez les éclamptiques, les deux dernières autopsies ont révélé une altération toute particulière des capillaires du foie qui demande à être étudiée de nouveau avec soin avant qu'on puisse en tirer des conclusions relatives à la pathogénie de l'éclampsie. (*Revue médicale de l'Est*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 août 1875

— M. HÉRARD présente à l'Académie une observation de monstruosité, recueillie par M. le Dr Pasquet-Labroue, de Charroux (Vienne), chez une femme de sa clientèle, récemment accouchée.

Dans ce fait intéressant et rare, il s'agit de deux enfants du sexe masculin, de grosseur moyenne, paraissant bien constitués et unis étroitement, non pas par la région dorsale, comme les sœurs Millie-Christine, mais par la partie antérieure du corps. Les deux têtes et les deux cous, de même volume, étaient complètement libres, ainsi que les deux bras et les deux membres inférieurs de chaque sujet : les deux troncs étaient indépendants dans toute leur partie postérieure. Les organes génitaux étaient également bien conformés. L'autopsie démontra l'absence du sternum et la réunion en une seule des deux cavités thoraciques et des deux cavités abdominales. La cavité thoracique contenait quatre poumons normaux, mais un seul péricarde enveloppait les deux cœurs, étroitement unis, de telle sorte qu'il fut impossible de les séparer sans entamer la substance même de l'organe, bien qu'il y eût une ligne de démarcation assez apparente. Un seul diaphragme séparait le thorax de l'abdomen. En ouvrant la cavité abdominale, on trouvait un foie unique, plus volumineux qu'à l'état normal, et une seule vésicule biliaire. Il existait deux œsophages, venant s'ouvrir par deux orifices distincts dans un estomac unique, d'où, par deux orifices également distincts, partaient deux appareils intestinaux complets, allant aboutir, chacun, à un anus perforé. On trouvait qua-

tre reins et deux rates, dont le volume et la situation n'offraient rien de particulier.

Je n'insisterai pas, dit M. Hérard, sur les autres détails de ce cas curieux. On comprend sans peine qu'elle difficultés a dû présenter l'expulsion de ce monstre. Ce n'est qu'après avoir opéré la craniotomie de l'un des deux enfants que M. le Dr Pasquet-Labroue, assisté d'un de ses confrères, M. Chevrier, a pu terminer heureusement l'accouchement. J'ajouterai que la femme avait eu antérieurement 9 enfants tous vivants et bien portants.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 28 mai 1875.

Imperforation du col utérin; par Ferdinand DREYFUS, interne des hôpitaux.

Annette S., âgée de 39 ans, entre dans le service de M. Fournier pour les accidents d'une syphilis datant de 1873, et soignée antérieurement dans le service de M. Dubrueil.

En l'examinant au spéculum, on trouve une imperforation du col utérin. Voici les renseignements que nous avons obtenus. Jamais de cautérisations et même jamais cette malade n'avait été examinée au spéculum avant son entrée dans le service de M. Dubrueil. Jamais non plus aucune injection. Enfin pas de maladies générales, de celles qu'on a accusées de produire des oblitérations du col.

La malade ne fut réglée qu'à l'âge de 20 ans, sans accidents ayant précédé ou accompagné l'apparition des menstrues. Pendant quatre ans, règles revenant régulièrement tous les mois, à époque fixe, durant 3 à 4 jours. L'écoulement de sang était assez abondant, et le liquide d'un beau rouge. A l'âge de 24 ans, après avoir mis les mains dans l'eau froide au moment de ses règles, l'écoulement sanguin s'arrêta, sans provoquer aucun accident. Mais cet arrêt n'était pas définitif; l'écoulement sanguin reparut de temps en temps, très-peu abondant. La malade dit qu'elle ne voyait presque pas.

Enfin, il y a 12 ou 13 ans qu'elle n'a vu le moindre écoulement sanguin se faire par le vagin, et cela, sans hémorrhagies supplémentaires, et même sans malaise. Tout au plus dans le premier mois eut-elle des frissons; elle éprouva quelques douleurs de ventre, mais jamais elle n'a été malade au point de se mettre au lit un seul jour. Jamais de grossesse. Jamais de fluxus blanches.

État actuel. — Pas d'écoulement sanguin. Vulve saine; cystocèle vaginale. Par le palper on ne sent aucune tumeur à l'hypogastre, ni dans les fosses iliaques. Au toucher vaginal, col antérieur, de consistance normale, de longueur ordinaire: (les culs-de-sac vaginaux sont normaux.) Sa forme arrondie n'offre rien de spécial, si ce n'est qu'on ne trouve pas l'orifice. Tou-

tefois, au centre, le doigt, en pressant légèrement, sent une dépression se produire : il semble alors qu'il sente l'orifice, mais à travers une membrane épaisse de 1 millim. $\frac{1}{2}$ à 2 millim.

Par le toucher rectal on constate le volume de l'utérus, qui n'est ni atrophié ni trop développé.

Au spéculum : col cylindrique ; au centre, dans une étendue de 2 millim. de long sur 5 ou 6 de large, une membrane blanchâtre passe au-devant du col. Ce point peut être déprimé avec l'hystéromètre : la sonde utérine ne peut pénétrer nulle part, elle fait seulement saigner la membrane au point indiqué. On ne trouve pas d'orifice, si petit qu'il soit.

Tous ces faits sont bien indiqués sur cette pièce moulée par M. Jumelin, mouleur de Lourcine.

Réflexions. — Ce qui frappe tout d'abord dans ce fait, c'est l'absence complète d'accidents chez une femme robuste, qui, depuis 13 ans, n'a pas eu ses règles. D'autre part, il faut remarquer l'absence de toute cause pouvant expliquer l'atrésie. On est donc amené à penser à une atrésie congénitale. L'écoulement sanguin périodique par le vagin, simulant les règles, est signalé par Courty, Puech, etc., dans les cas de ce genre.

Ces diverses données et l'examen direct de la malade nous font penser qu'il y a là un de ces cas où la muqueuse vaginale se continue au devant du col et détermine l'imperforation.

M. DUPUY. Je crois qu'il s'agit plutôt ici d'un cas d'agglutination des lèvres du col que d'une imperforation de l'orifice. Je me base sur la pièce elle-même telle qu'elle est moulée, sur l'apparition de la menstruation et sur sa persistance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Tétanos chez un nouveau-né, par M. RIBEMONT.

Le 10 juillet 1875, la nommée Honfenbeck est admise avec son enfant à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marie, n° 11, dans le service de M. le Dr Dumontpallier, pour y être traitée, la mère de dyspepsie, et l'enfant d'une légère ophthalmie purulente.

Cet enfant, du sexe masculin, né le 1^{er} juillet 1875, est allaité exclusivement avec le sein, et, sans avoir un embonpoint remarquable, offre les apparences d'une bonne santé. Il ne vomit pas et n'a pas de diarrhée.

L'ophthalmie se modifiait rapidement sous l'influence des instillations de collyre au sulfate de zinc, lorsque, le 13 juillet, la mère attira l'attention sur la raideur du cou de l'enfant et sur l'extrême difficulté que celui-ci éprouvait à téter.

Il pouvait encore saisir le mamelon, ce qu'il faisait même avec avidité, mais n'exerçait aucun mouvement de succion.

Le facies grimaçant du petit malade exprime une vive souffrance ; le front est ridé, les commissures des lèvres tirées en dehors et en haut. la bouche entr'ouverte laissant voir les rebords alvéolaires des mâchoires distants de 7 à 8 millimètres.

On ne peut les écarter davantage ni les amener au contact.

La souplesse de la peau des joues permet de constater, par le toucher, la dureté des masséters contracturés.

Si l'on verse, à l'aide d'une cuiller, une petite quantité de lait dans la cavité buccale, l'enfant semble l'avalier. Il n'en est rien cependant ; car, après avoir séjourné plus ou moins longtemps dans la bouche, le liquide s'en écoule dès qu'on la place dans une position déclive. Cette dysphagie est absolue et rend toute espèce d'alimentation impossible.

La tête, rejetée en arrière, ne peut être fléchie ; mais on lui imprime assez facilement quelques mouvements de latéralité.

L'enfant, saisi par la tête, est relevé, et dressé sur les pieds, sans que le cou ni le tronc ne se fléchissent.

L'existence d'un tétanos, d'abord admise avec réserve, conduisit à rechercher l'état de la plaie ombilicale. Celle-ci était bien cicatrisée et dans son voisinage, la peau parfaitement saine.

La plaie ombilicale ne pouvait donc être accusée d'avoir été le point de départ du tétanos. Avait-on affaire à un *tétanos cicatriciel* ? Avant d'admettre cette origine il était nécessaire d'examiner avec soin tous les points du corps de l'enfant.

On ne tarda pas à découvrir sur la partie postéro-externe du cinquième orteil du pied gauche une croûte longue de 15 millimètres et large de 5 à 6 millimètres environ.

La plaie à laquelle elle a succédé a passé inaperçue pour la mère. Celle-ci a constaté l'existence de la croûte, le 9 juillet pour la première fois, en habillant son enfant, qui jusqu'alors avait été confié à la sage-femme.

On panse la croûte avec un peu de pommade belladonnée. Potion avec 1 gramme de chloral.

Le lendemain, 14 juillet, on constate une amélioration notable. Les mouvements de flexion de la tête sont assez faciles. Le trismus moins accentué permet à l'enfant d'écarter ses maxillaires de 2 cent. 1/2 environ. Hier il a pu boire quelques cuillerées de sa potion. Aujourd'hui la dysphagie est presque absolue.

Cette amélioration est passagère ; et le 15, de nouveaux symptômes s'ajoutent à ceux qui avaient été observés dès les premiers jours. La contraction envahit les membres inférieurs. Les cuisses, un peu fléchies sur l'abdomen, sont dans une demi-abduction. Les jambes à moitié fléchies sur les cuisses sont croisées au niveau de leur partie inférieure, la jambe droite recouvrant la gauche.

L'alimentation demeurant impossible amène chez l'enfant un amaigrissement rapide. La peau flasque, ridée de nombreux plis, conserve toute sa

souplesse, et permet de voir la saillie des muscles couturiers contracturés. Cet état de la peau contraste singulièrement avec celui qu'on rencontre dans le sclérème du nouveau-né.

Les tentatives de redressement des membres inférieurs sont infructueuses, et en outre déterminent une exagération de la contracture musculaire bien appréciable pour les couturiers, et exaspèrent l'intensité des souffrances, comme en témoignent les cris et l'expression de la physionomie de l'enfant. On provoque en outre par ces manœuvres de petites convulsions toniques d'ordre réflexe, dans les membres supérieurs.

Le 16 juillet, on constate, à la visite du matin, les progrès du mal. Les membres supérieurs sont, eux aussi, tétanisés : les bras collés au corps, les avant-bras fléchis à angle droit sur les bras, et les poignets sur les avant-bras.

Les pouces, couchés dans la paume de la main, sont recouverts par les trois derniers doigts fléchis sur eux.

L'index est comme replié dans le premier espace interdigital, et sa phalange unguéale repose par sa face dorsale sur la face interne de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

On remarque que le tronc de l'enfant décrit une courbure à concavité tournée à droite. Ce pleurosthonos a débuté hier dans la soirée.

Les membres inférieurs sont toujours dans la même position. Toutefois, il y a par intervalle une sorte de détente qui permet quelques mouvements limités de flexion et d'extension des jambes.

Mais, en déterminant ces mouvements, on provoque par acte réflexe une série de petites convulsions cloniques plus marquées aux membres supérieurs.

Le 19 juillet, l'état est peu modifié. Quelques mouvements spontanés, mais peu étendus, des membres inférieurs.

Le 20, la contraction s'est généralisée; on peut enlever l'enfant par un point quelconque du corps, sans modifier la position de ses diverses parties.

L'enfant succombe le 20 juillet, à 1 heure du matin.

Depuis le début de sa maladie, il n'a pu s'alimenter; aussi est-il arrivé à un degré extrême d'amaigrissement.

Il n'a jamais vomi et n'a eu que deux selles noirâtres.

La température prise plusieurs jours de suite dans le rectum ne s'est pas sensiblement écartée du chiffre normal.

Il en a été de même du nombre des pulsations. La respiration était régulière.

L'autopsie faite trente-trois heures après la mort, avec le concours de M. le Dr Parrot, a donné les résultats suivants :

Le poumon droit est atelectasié dans une notable étendue de son parenchyme. Ses lobes moyen et inférieurs sont accolés par une pseudo-membrane pleurétique, jaunâtre, assez mince.

Il existe un noyau apoplectique au sommet du poumon droit, et deux noyaux semblables à la base du poumon gauche.

La plèvre pariétale droite, très-hyperémiee, présente, à un centimètre environ au-dessus du diaphragme, les traces de l'adhérence de la pseudo-membrane interlobaire à la paroi thoracique.

Le péricarde contient une petite quantité de liquide sanguinolent.

Le cœur est volumineux, ce qui tient surtout à ce que les cavités auriculaires sont gorgées de sang.

Le canal artériel, en voie d'oblitération, persiste encore.

Le trou de Botal est clos.

Le ventricule gauche présente une dilatation assez notable.

L'estomac et le reste du tube digestif sont parfaitement sains.

Le foie est congestionné, brunâtre, la vésicule est remplie de bile verte.

Infarctus uriques dans les deux reins. Capsules surrénales volumineuses.

L'encéphale ne présente rien de particulier à l'extérieur. Aucune trace de méningite. A la coupe quelques points de stéatose dans les lobes sphénoïdaux.

La protubérance et le bulbe n'offrent rien d'appréciable à l'œil nu.

La colonne vertébrale décrit une courbure dont la concavité est tournée à droite, et porte sur toute la colonne dorso-lombaire.

La moelle, dont les enveloppes sont peu congestionnées, offre sur les coupes faites à diverses hauteurs une coloration *hortensia* de la substance grise, qui, chez un adulte, suffirait pour affirmer l'existence d'un travail inflammatoire.

L'examen microscopique de la moelle nécessitant le durcissement de la pièce, n'a pu encore être fait.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu, ainsi que le *Lyon médical*, la lettre suivante de M. le professeur Pajot.

Nous la faisons suivre, comme le journal de Lyon, de la réponse de M. le professeur Bouchacourt auquel s'adressent, en réalité, les réflexions de M. Pajot.

Monsieur le secrétaire de la Rédaction,

On a facilement raison de ses contradicteurs en leur prêtant gratuitement des inepties. C'est un mode d'argumentation très-apprécié des souteneurs de la liberté de l'enseignement... que nous avons. Je veux croire que ce n'est pas ici le cas.

« Quant à la curette de Pajot, c'est un instrument à avoir pour le montrer et non pour s'en servir. »

D'après votre compte rendu, cette phrase a été dite par M. Bouchacourt, médecin à Lyon, à propos des moyens d'extraction de caillots contenus dans la cavité utérine après l'accouchement.

Comment un accoucheur un peu intelligent a-t-il pu penser que cette curette a été construite dans un pareil but !

En déclarant le davier un mauvais instrument pour extraire le fœtus, et le forceps un déplorable outil pour arracher les molaires, j'exprimerais un jugement empreint d'une aussi haute sagesse, mais non moins extraordinaire que celui de M. Bouchacourt, trouvant *la curette de Pajot* impropre à vider les caillots d'un utérus à terme !

Il n'y aura eu qu'un homme au monde pouvant songer à une semblable application de cet instrument.

Je me fais donc un véritable plaisir d'apprendre à M. Bouchacourt, puisqu'il l'ignore, que *la curette de Pajot* a été imaginée pour *extraire le placenta retenu, après les avortements de trois à cinq mois, c'est-à-dire quand la main ou les doigts ne peuvent pas pénétrer, et qu'on a donné à l'expectation le temps commandé par la prudence.*

A part l'emploi fait par Nélaton, qui la préférerait à celle de Récamier, **CETTE CURETTE N'A JAMAIS EU D'AUTRE USAGE**, et bon nombre de femmes lui doivent la vie.

Seulement il faut savoir la manier, ce qui paraît assez difficile, quand on ignore même à quoi elle sert.

M. Bouchacourt comprendra maintenant combien ses idées sur mon instrument sont erronées, et je lui dirai à mon tour : *On peut avoir ces opinions là, mais il ne faut ni les montrer ni s'en servir.*

PAJOT,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Cher et honoré confrère,

En réponse à la lettre de M. le professeur Pajot, que vous avez eu l'obligeance de me communiquer, et que vous insérez dans le *Lyon Médical* d'aujourd'hui, je vous prie de vouloir bien recevoir les réflexions qu'elle m'a suggérées, et qui, j'espère, seront bien acceptées par notre éminent collègue.

Appelé hors de Lyon par un deuil de famille, au commencement du mois d'août, je n'ai pu ni assister à la séance de la Société de médecine, où a été lu le procès-verbal qui relatait la fin de ma seconde communication sur les hémorrhagies utérines secondaires ou consécutives à l'accouchement, ni revoir et corriger l'épreuve de ce compte rendu publié dans votre journal ; je le regrette d'autant plus que la rédaction très-sommaire de cette reproduction a donné à plusieurs points de ma communication un caractère trop synthétique et une forme cassante ou exclusive qui n'est pas dans mes habitudes, pas plus qu'elle n'était, je crois, dans mon exposition.

Après avoir parlé de l'indication d'extraire les caillots restés dans l'utérus, et dit quelque chose de la nécessité plus ou moins urgente de les évacuer, j'ai montré (car je l'avais avec moi) la curette de M. Pajot, et je me

suïs demandé si on ne pourrait pas l'employer pour remplir ce but; j'ai ajouté et voulu dire que rappeler cet instrument et démontrer son mécanisme n'était pas exprimer le désir et donner le conseil de l'employer en pareil cas. Je n'ai pas dit un mot de son usage proposé par M. Pajot, dans les cas de délivrance difficile après l'avortement, puisqu'il ne s'agissait pas de cela, et que j'ai fait à tous mes collègues l'honneur de penser qu'ils savaient aussi bien que moi dans quel but spécial cette curette avait été inventée et pouvait être conseillée.

Si M. Pajot veut bien admettre, ce qui est vrai, que l'auteur du compte-rendu a reproduit en moins de deux lignes un long paragraphe de mon exposé, il comprendra, je l'espère, la forme sommaire de mon appréciation.

Quant aux considérations sur la liberté de l'enseignement, et les autres arguments tirés de comparaisons et de rapprochements plus ou moins justifiés, ils appartiennent à cet ordre de preuves qu'un auditoire nombreux, jeune et ardent, dont l'éloquent professeur de la Faculté de Paris a l'habitude, accueille avec une sympathique adhésion; mais ils n'influenceront pas assez, je le crois du moins, vos lecteurs plus calmes et plus froids, pour que je croie utile de les discuter et de les réfuter.

M. Pajot, du reste, n'apporte-t-il pas lui-même un argument en ma faveur en parlant de l'application faite par Nélaton de sa curette articulée, de préférence à celle de Récamier, pour l'abrasion de la surface interne de l'utérus? Était-ce bien éloigner de son but l'indication proposée par M. Pajot, que d'émettre la pensée d'en utiliser l'emploi pour débarrasser l'utérus de petits caillots durs et fermes qui ressemblent, à s'y tromper, à des placentas de grossesse abortive?

Que M. Pajot se rassure, je n'en ai pas donné le conseil; j'ai, au contraire, insisté sur celui de ne pas brusquer, en certains cas, même l'évacuation digitale, persuadé que le mieux, en pareil cas, est de ne pas fatiguer l'utérus.

Telle est l'opinion d'un accoucheur célèbre dont l'autorité et le jugement ne seront pas contestés par M. Pajot: M. Stoltz rejette comme inutile et dangereuse toute manœuvre tendant à extraire à l'aide des doigts ou d'instruments quelconques, soit l'œuf entier, soit le placenta dans les cas d'avortement. Lorsque ce dernier, retenu dans l'utérus, entretient une hémorrhagie menaçante, et que l'épuisement de la femme contre-indique l'usage du tampon, il administre le seigle ergoté. (Nägele et Grenser, *Traité de l'art des accouchements*, traduit et annoté par Aubenas.)

Agréé, etc.

A. BOUCHACOURT,

Professeur à l'Ecole de médecine de Lyon.

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

ARCHIVES
DE TOCOLOGIE,
DES
MALADIES DES FEMMES
ET
DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE
EN CAS DE TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES REMPLISSANT
L'EXCAVATION PELVIENNE

Par le Dr **H. Cazin** (de Boulogne-sur-Mer),
Chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

(Mémoire lu à l'Académie de Médecine, le 11 mai 1875.)

(Suite et fin.)

- Sauver d'un seul coup de main plusieurs
- individus à la fois, telles doivent être les
- tendances avouées et les constantes aspira-
- tions de notre art. »

GUÉNIOT, *Thèse de concours pour l'agrégation. — Parallèle entre l'opération césarienne et la céphalotripsie*

Madame Routier-Audinet, femme d'un horticulteur, âgée de 39 ans, demeurant à Boulogne-sur-Mer, rue Louis Duflos, n° 26; sans antécédents de famille méritant d'être notés, brune, petite mais bien conformée, d'un tempérament nerveux, a toujours été bien réglée et n'a jamais été malade.

Elle se marie en janvier 1873 et continue à se bien porter jusqu'en novembre de la même année. Les époques qui devaient venir, vers le 6 de ce mois, font défaut. En même temps elle éprouve, pour la première fois, un peu de constipation et des douleurs assez vives pendant la défécation. Ces symptômes se manifestent durant quinze jours environ, mais ne sont pas assez intenses pour nécessiter la présence d'un médecin; il n'y a pas de

Archives de Tocologie. — DÉCEMBRE 1875.

45

troubles du côté de la miction. Tout rentre dans l'ordre; à peine M^{me} Rou-tier ressent-elle un peu de pesanteur au moment de la marche, mais se croyant enceinte et rapportant tous ces symptômes à la grossesse, elle n'y attache aucune importance.

Le 17 avril, à 4 mois 1/2 de grossesse, elle est prise, presque subitement de douleurs très-violentes dans le ventre, pour lesquelles elle me fait appeler. Je constate l'état suivant : l'abdomen est très-développé; l'utérus offre le volume qu'il présente dans une grossesse de six mois; il atteint en effet l'ombilic : les mouvements actifs du fœtus sont perçus d'une façon un peu obtuse, mais indubitable.

On ne trouve par la palpation aucune tumeur autre que le globe utérin, capable de rendre compte du développement excessif de l'organe. Le toucher vaginal montre, au contraire, que les deux tiers de l'excavation pelvienne sont remplis par une masse volumineuse, immobile, très-dure, comme trilobée, occupant le cul-de-sac utéro-rectal, descendant tout le long de la concavité du sacrum et refoulant le col en haut et en avant; cette tumeur n'est distante de la symphyse que de deux travers de doigt à peine; c'est avec la plus grande difficulté, en faisant mettre la malade debout et en pratiquant le toucher *à tergo*, que l'on parvient à atteindre le col utérin, qui se cache au niveau du bord supérieur de la symphyse.

Le toucher rectal vient confirmer les données de l'exploration vaginale.

Nous avons donc affaire à un volumineux fibrome peut être même à plusieurs fibromes occupant la partie inférieure de la face postérieure du corps de l'utérus et s'engageant dans l'excavation pelvienne.

En présence des douleurs très-vives, je prescrivis des lavements laudanisés répétés, et une potion à l'hydrate de chloral. Le calme est rapidement obtenu.

Mais, l'avenir ne me paraissant pas rassurant, je témoignai toutes mes craintes à la famille et réclamai de suite l'assistance de mon excellent et distingué confrère le Dr Duhamel. Il confirma mon diagnostic. Tous deux fûmes d'avis de ne pas intervenir activement.

En effet, si dans certains cas, l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel a amené des résultats heureux; si Aschwell (1) a cru devoir préconiser cette opération, comme le seul moyen capable de prévenir l'inflammation des corps fibreux; si West partage le même avis; nous n'avons pas cru devoir le pratiquer ici.

Voici sur quelles raisons j'appuyais ma détermination d'observer l'expectation.

L'expérience nous a appris, surtout depuis les intéressantes lectures de MM. Guéniot et Depaul, à la Société de chirurgie (2), que des tumeurs fibreuses, immobiles dans l'excavation jusqu'au septième et huitième mois, peuvent remonter et permettre un accouchement naturel. — Du reste, le

(1) Mémoire sur l'opportunité de provoquer l'accouchement prématuré dans le cas de tumeurs fibreuses post-utérines, « in Guy's Hospital Reports, 1839 », et « Gaz méd. de Paris, » 1837.

(2) Bulletin de la Société de chirurgie, 1868-69.

manuel opératoire n'eût pas été facile, le col étant si peu accessible (1). J'avais, en plus, pour moi l'autorité de Simpson (2), lequel pense que l'irritation causée par les manœuvres est aussi dangereuse que l'accouchement lui-même à terme; et de M. Blot (3) admettant que, dans la majorité des cas, il faut s'abstenir en surveillant les malades.

Je me contente donc de suivre ce précepte en recommandant à Mme Routier le repos et des soins hygiéniques.

Le Dr Perrochaud la vit avec nous et donna raison à notre réserve; je la visitais de temps en temps, soit seul, soit avec un de mes confrères; à chaque examen, nous constations une augmentation de la tumeur, qui faisait de plus en plus saillie dans la cavité pelvienne, et qui, cependant, restait aussi dure; vers le septième mois, elle était très-peu distante de l'anneau vulvaire. Je dois ajouter que le fibrome ne suivait en rien le mouvement ascensionnel de la matrice; il y avait donc probablement des adhérences, ce qui me fit craindre que la grossesse n'irait pas à terme, et qu'il arriverait un moment où l'utérus serait forcément entravé dans l'augmentation de sa cavité.

À deux reprises, afin de préparer un accouchement plus facile, j'ai essayé de refouler la tumeur au-dessus du détroit supérieur; espérant aussi éviter, par là, la formation de nouvelles adhérences; mais je dus renoncer à ces tentatives, de crainte de voir se produire une métrite, que les douleurs que je provoquais rendaient imminente.

Le 9 juin, sans cause connue, à 7 mois de grossesse, quelques douleurs de reins se montrèrent; elles furent suivies de l'expulsion de mucosités sanguinolentes; ces douleurs se continuèrent toute la journée; le toucher vaginal ne décèle rien de particulier, le col est refoulé tellement en haut, que l'on ne peut s'assurer de ses modifications. Le 14, vers 9 heures du soir, les eaux s'échappent en grande abondance, sous l'influence de l'écoulement du liquide amniotique, le volume de l'abdomen se réduit considérablement; les douleurs qui, en somme, avaient été très-peu marquées, se suspendent totalement.

Le 12, je rassemble les docteurs Perrochaud, Livois et Duhamel; nous fûmes d'avis d'essayer de relever la tumeur et d'attendre un peu, pour voir si les contractions ne se réveilleraient pas et si la nature ne finirait pas par faire tous les frais de l'accouchement. J'essayai donc quelques tentatives très-discrètes toutefois de refoulement à l'aide de la main, combinées avec une position convenable donnée à la malade, placée sur un plan incliné et ainsi

(1) D. R. Raukin, Edinb. Monthly Journ. 1850, vol. XI, p. 12, voulait pratiquer l'avortement, l'utérus était inaccessible.

(2) Edinburgh Monthly Journal, et Obstetric. Works, 1855.

(3) Bulletin de la Société de chirurgie, 10 mars 1869. Dans un cas observé par M. Blot, à sept mois, le bassin était tellement rempli par la tumeur fibreuse, que, pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, il eût fallu tout d'abord opérer la rétropulsion, qui, comme dans le cas qui m'est personnel, n'était pas possible.

que l'avait déjà fait avec succès M. Gueniot dans un cas analogue, fortement portée sur le côté gauche, à l'effet de favoriser par la déclivité du fond de la matrice, l'ascension de la tumeur pelvienne.

Vers le soir, cette dernière n'avait pas effectué le moindre déplacement, mais, sans toutefois atteindre le col, on peut s'assurer qu'il offre un certain degré de dilatation, car la main gauche du fœtus s'engage (1) et se place en travers, dans l'étroit espace limité par la symphyse d'une part et le fibrôme de l'autre ; la palpation abdominale permet d'établir, avec l'aide du siège des bruits du cœur, que la tête du fœtus est à droite, les pieds à gauche.

Le 13, rien ne s'était produit ; l'inertie était absolue, l'enfant cependant encore vivant ; aucune trace de méconium dans les linges placés sous la malade. Il n'y avait pas lieu de temporiser plus longtemps, d'autant plus que tout retard nous éloignait du moment de la rupture des membranes et nous mettait, par conséquent, dans de plus fâcheuses conditions pour la mère et surtout pour l'enfant.

Notre pensée ne s'arrêta ni aux forceps, ni à la version, ni à l'embryotomie, en raison du peu d'espace laissé libre entre le pubis et la tumeur, espace qui mesuré de nouveau par chacun de nous ne dépassait pas 3 centimètres 1/2, et que la main du fœtus ne pouvait qu'incomplètement franchir.

L'opération césarienne fut décidée à l'unanimité et je la pratiquai ce jour même à 11 heures du matin, ne me dissimulant pas tout ce qu'elle avait d'aléatoire, mais préférant sauver l'enfant que le voir succomber avec la mère.

Avant d'aborder la narration de l'opération elle-même, quelques mots sur le milieu dans lequel elle a été pratiquée me paraissent nécessaires.

La maison de M. Routier est située sur une hauteur ; une façade donne sur la rue, sans maison en face, l'autre regarde un vaste jardin sans dépôt d'immondices ni de fumier dans le voisinage immédiat. Cette demeure est abritée du vent de mer par une colline un peu plus élevée que celle où elle est bâtie.

L'appartement où est la malade a deux fenêtres du côté de la rue et une porte vitrée donnant sur le jardin ; l'air s'y renouvelle facilement. La hauteur d'étage est de 2^m95, cette chambre n'est pas très-vaste et mesure environ 55 mètres cubes d'air. — J'y ai fait dès la veille installer deux lits, un pour l'opération autour duquel on peut tourner, un second dans lequel la malade devra rester définitivement. Un thermomètre servira à conserver la température entre 18 et 20 degrés.

Au moment de l'opération je fais arroser le plancher avec un peu d'eau vinaigrée afin d'éviter la diffusion possible de la poussière.

Les instruments préparés sont : un bistouri droit à tranchant un peu con-

(1) Il est assez digne de remarque que, dans les cas qui nous occupent, le siège ou le tronc du fœtus se présente bien plus souvent au détroit supérieur que dans les cas normaux.

Le moule maternel étant modifié, le fœtus change de position et se présente par les pieds (Tarnier) ou l'épaule.

vexe, un bistouri courbe, un bistouri boutonné, une sonde cannelée, des pincés à dissection, des ciseaux, plus, quarante éponges fines, bien ramollies, ayant été bouillies préalablement dans de l'eau distillée. En outre, je me précautionne de glace, de poudre récente d'ergot de seigle, de baume de commandeur, de fil de chanvre, de soie et d'argent, de bâtonnets pour la suture enchevillée et du petits forceps anglais dans le cas où la tête serait difficile à extraire.

La vessie est vidée par le cathétérisme ; j'avais eu soin d'administrer un léger purgatif salin la veille ; malgré cela un lavement avait été donné le matin.

Puis pleine de courage, soutenue par une foi digne du plus grand respect, la malade qui, du reste, ne connaît sans doute pas toute la portée de ce que nous allons entreprendre, est placée sur le dos, le tronc un peu incliné, les extrémités inférieures fléchies et un peu écartées.

Je recherche la position du placenta ; je perçois nettement le souffle placentaire vers le fond du globe utérin (1) : cette précaution me donnait à espérer que j'avais grande chance de ne pas rencontrer l'arrière-faix sous mon incision.

Elle trouve en outre sa justification dans ce fait que les tumeurs fibreuses prédisposent, dit-on, aux insertions vicieuses du placenta, ainsi que le professeur Pajot l'a signalé dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1850.

Mes aides sont MM. Perrochaud, Duhamel, Livois de Boulogne-sur-Mer, Houzel de Montreuil-sur-Mer, Desjardin mon chloroformisateur habituel, et Mlle Monvoisin, sage-femme.

Le chloroforme est administré, il amène tout d'abord un peu de congestion céphalique puis est bien supporté. Les docteurs Perrochaud et Duhamel sont chargés de fixer la matrice et de maintenir en respect le paquet intestinal ; le Dr Duhamel placé à droite et vers la partie supérieure du ventre, le Dr Perrochaud appuyant à gauche et à la partie inférieure.

La percussion indique qu'aucune anse intestinale n'est interposée entre l'utérus et la paroi abdominale (2) ; puis je fais une incision partant de deux travers de doigt au-dessus du pubis, suivant la ligne médiane et venant finir un peu à gauche de l'ombilic ; elle mesure 16 centimètres environ, la section du pannicule graisseux ne donne lieu à aucune hémorrhagie, une petite artériole située à droite et en haut est tordue séance tenante — l'incision de l'aponévrose et du péritoine pariétal n'offrent rien d'intéressant à noter ; aucun suintement sérieux ; pas trace d'épiploon, aucune issue d'in-

(1) Les théories sur l'origine des bruits utérins sont encore du domaine de la controverse. Th. Radfort (*Journ. of Medico-Chirurg.*, 22 avril 1849) a étudié, par l'auscultation minutieuse de l'utérus, les points où se faisait entendre avec un maximum d'intensité le souffle isochrone au pouls de la mère, que ce savant localise dans le placenta, et a essayé de démontrer que là était le lieu d'insertion de l'arrière-faix.

(2) M. Dubois a rencontré cette complication dans une opération césarienne en 1839.

testin — l'incision de l'utérus commencée vers le fond est faite par petits coups bien sur la ligne médiane, tout à fait parallèlement avec la plaie de la peau sans détruire l'obliquité utérine, sans déplacer l'axe de cet organe : je constate que la paroi utérine n'a pas son épaisseur ordinaire ; la poche des eaux est rompue et le bistouri boutonné conduit sur le doigt indicateur achève l'ouverture de l'utérus — il ne s'écoule pas de liquide.

Malgré cela, les aides maintiennent solidement accolées les parois abdominales à la matrice, tout en écartant la plaie extérieure et en faisant saillir comme un tampon le segment antérieur de la matrice entre les lèvres de cette plaie, de sorte que, de fait, je me trouvais, suivant l'expression de M. Gueniot (1) *hors du ventre*.

L'enfant était vivant.

Avec une éponge fine bien sèche, j'étanche la plaie ; le placenta est expulsé presque de lui-même ; il suffit d'une légère traction pour le décoller ; il sort avec quelques caillots par la paroi abdominale,

Tout n'était pas fini. La matrice, en effet, inerte depuis près de quarante heures, ne revenait pas à l'énergie de ses contractions.

Le sang ruisselait en abondance non-seulement de la surface placentaire, mais encore des lèvres mêmes de la plaie utérine, qui restait béante, étalée. En vain, je taquine la matrice, en vain, j'applique de la glace, en vain, je comprime la cavité utérine à l'aide de grosses éponges..., la malade pâlit, le pouls devient fréquent. Je couvre la plaie, et je remplis la cavité utérine de baume de Commandeur. J'administre coup sur coup une, deux, trois, quatre doses de 1 gramme de seigle ergoté, avalé dans le demi-sommeil chloroformique : l'hémorrhagie de la surface placentaire s'arrête ; mais, du côté du placenta, rien : tous ces efforts laborieux, toutes ces tentatives ont duré plus d'une demi-heure.

La compression de l'aorte, assez difficile à appliquer dans le cas présent, suspend momentanément l'écoulement du sang, qui reprend aussitôt qu'on cesse cette compression ; l'hémorrhagie ne se fait pas seulement en nappe : on peut constater, en plusieurs points, des jets de sang artériel.

Bien à regret, à cause des insuccès signalés, je me décide à essayer la ligature de ces artères, recommandée par Bell, Siebold et Ritgen, mais abandonnée depuis. A l'aide du ténaculum, embrassant une bonne partie du tissu utérin au point où les vaisseaux se sont comme retirés, je fais dix ligatures avec des fils de soie modérément fins et médiocrement serrés, afin de ne pas sectionner ce tissu. Si ces fils réunis sont solidement noués sur un cordonnet de fil de chanvre, lequel, à l'aide du doigt de la main gauche, est passé par le col utérin, la main droite le saisit par le vagin, et l'amène au dehors.

Le sang était en partie arrêté, mais l'utérus ne revenait pas sur lui-même, et la plaie restait largement ouverte. A l'aide du cordonnet passé par le vagin, et dont je viens de parler, je fais exercer une traction modérée sur les fils à ligature ; ce procédé amène un certain degré d'affronte-

(1) Société de chirurgie, séance du 22 décembre 1869. Bulletin 1871, p. 40.

ment des lèvres de l'incision utérine, mais l'accolement n'était pas suffisant, et il restait un suintement sanguin continu. La malade s'épuisait; une syncope effrayante se produit. Il faut en finir. Je ne puis accepter la pensée de voir la pauvre femme succomber entre nos mains. Il faut arrêter le sang à tout prix; je songeai à la suture. N'ayant pas le temps de pratiquer la suture utéro-pariétale de Lestoquoy (d'Arras), sur la valeur de laquelle je ne suis pas, du reste, suffisamment éclairé, je passe rapidement cinq fils d'argent à points séparés, intéressant toute l'épaisseur du tissu utérin placé à 1 centimètre de l'incision, et rapprochant avec torsion; j'adosse les séreuses utérines aussi parfaitement que possible.

Un des chefs est coupé; l'autre devra être placé au dehors.

L'hyperémie et le peu de ressort du tissu utérin sont tels, que le point où est introduit un des fils devient le siège d'une petite hémorrhagie qui retarde la réunion de la plaie extérieure. Enfin, le sang s'arrête.

Le péritoine viscéral, à nu dans une petite surface, mais ayant été couvert de sang, et même de baume de Commandeur, est nettoyé avec soin. Cette toilette n'a pas besoin d'être étendue au reste de la cavité séreuse, car aucune goutte de liquide ne s'est faufilée à l'intérieur, pas un pouce d'intestin n'a fait irruption entre l'utérus et les parois abdominales.

Les fils à ligature artériels sont fixés, à l'aide du cordonnet collecteur, à une grosse sonde placée transversalement en dehors de la vulve; les fils d'argent de la suture utérine sont placés isolément dans la plaie, en prenant la précaution de les incliner de haut en bas, et d'arrière en avant, de façon qu'ils puissent suivre la rétraction utérine si elle se produit avant leur ablation. La plaie extérieure est ensuite réunie comme dans l'ovariotomie. Un peu de chloroforme étant de nouveau inhalé, je pratique trois points de suture enchevillée profonde, comprenant le péritoine; la séreuse est donc accolée à elle-même; sur la ligne médiane, cinq points de suture à fil d'argent sont placés superficiellement, puis les fils de la suture utérine sont tordus légèrement en faisceaux, sans exercer le moindre tiraillement. Vers la partie inférieure, un orifice est ménagé pour favoriser l'écoulement des liquides péritonéaux, et rempli par une mèche.

Le tout, plaie et surface abdominale, est badigeonné avec le collodion morphiné; puis le pansement consiste dans l'application d'un linge cératé, d'un peu de charpie sèche et d'une grande quantité de coton cardé, recouvrant tout le ventre et maintenu par un bandage de corps peu serré, à chefs entrecroisés comme le bandage unissant des plaies en travers.

Je dois maintenant signaler les particularités anatomo-pathologiques observées pendant l'opération.

En introduisant la main dans l'utérus durant les différentes manœuvres, j'ai pu m'assurer que la tumeur fibreuse occupait réellement plus que la partie inférieure de la face postérieure; elle s'étendait plus haut en arrière, et dépassait en ce point le niveau du détroit supérieur; de plus, elle pressait fortement dans la cavité utérine, et l'on comprend très-bien qu'elle ait entravé la distension normale de l'organe au point de déterminer l'accouchement à sept mois.

Elle transformait ainsi tout le segment inférieur de la cavité utérine en un canal étroit et aplati, dans lequel le membre supérieur ou le membre pelvien pouvaient seuls s'engager comme dans une filière.

J'ai de plus constaté l'immobilité de la masse totale, ce qui indiquait qu'il existait assurément des adhérences peut-être très-solides avec les parties voisines, circonstance qui rendait compte de l'inanité de nos efforts de rétropulsion.

Le col utérin était mou, dilatable, mesurant environ 2 centimètres de diamètre, et complètement indépendant de la tumeur.

Revenons à notre opérée.

Aussitôt réveillée et placée dans son lit, l'opérée se plaint d'un sentiment profond de brisement et de lassitude. On lui donne quelques cuillerées à café de malaga, et on lui recommande l'immobilité la plus absolue. Le pouls bat 80 fois par minute, et est régulier quoique faible. Je prescris de la glace, une cuillerée à café de vin de Champagne de temps en temps, et toutes les heures une pilule d'un centigramme d'extrait thébaïque.

Dès le soir, apparition des vomissements, commencement de ballonnement du ventre, sensation d'anxiété, hoquet, insomnie; pas de frisson; à partir du lendemain, le cathétérisme est pratiqué quatre fois par jour et jusqu'au 16, il n'y a pas grande modification dans l'état de la maladie; les vomissements sont incessants, verdâtres, la face est contractée, mais non grippée; les extrémités ne deviennent pas froides, le pouls varie entre 80 et 90; l'écoulement des lochies se fait très-bien par le vagin; du reste, le doigt s'assure chaque jour de la perméabilité du col et évite l'arrêt des caillots en ce point.

Les phénomènes étaient donc stationnaires; mais bientôt le ballonnement augmenta et ne tarda pas à atteindre les dernières limites; la respiration s'embarasse, devient très-courte et s'élève à 60 inspirations par minute. L'estomac, fortement distendu, occupe près des deux tiers de l'abdomen, et fait sous les parois une saillie apparente; la pression sur ces points n'est pas très-douloureuse. La malade, à bout de forces, étouffant, demande qu'à tout prix on lui donne de l'air.

Je pensai de suite à l'entérocentèse. A onze heures du matin, j'enfonce un trocart capillaire dans la cavité stomacale, c'est donc de fait une gastérocetèse. Il s'échappe, avec un sifflement, une quantité considérable de gaz, chassés par l'élasticité propre des parois abdominales, aidée vers la fin par une légère pression à l'aide des mains posées à plat.

Le ventre devient souple: les vomissements cessent presque instantanément, pour ne reprendre qu'à quatre heures du soir. Continuation des mêmes moyens médicaux; pansement simple de la plaie; la mèche est changée chaque jour; il ne s'écoule par cet orifice qu'un peu de sérosité louche.

Le lendemain, une nouvelle ponction est jugée nécessaire à cause de la reproduction du météorisme; le pouls est monté à 122; les lochies continuent à couler modérément par la vulve; une légère traction exercée sur le cordonnet qui réunit les fils à ligature placés dans le tissu utérin, et qui, on

se le rappelle, était fixé en dehors des parties génitales, détermine la chute de ces fils, sans souffrances, sans hémorrhagie.

Il n'y a eu aucune montée de lait jusqu'ici.

Les vomissements commencent à devenir rares ; un peu de bouillon glacé peut être conservé.

Le 19, le hoquet diminue ; poulx à 114 ; on continue à sonder la malade quatre à cinq fois par jour.

Le 20 (sixième jour après l'opération), selle spontanée. La malade a uriné en même temps ; douleurs assez vives après la défécation ; tension pénible de l'abdomen ; nouvelle ponction, demandée par la malade, qui en ressent toujours un bien-être extrême ; poulx à 108 le matin, à 116 le soir. Température axillaire, 38-2. Quoique la malade ait uriné une fois, il faut de nouveau recourir au cathétérisme.

Le 21, le hoquet, les vomissements ont cessé ; il n'y a pas eu de diarrhée, le ventre reste à demi affaissé, peu douloureux à la pression ; poulx de 118 à 120.

Le 22, ablation des fils superficiels ; il n'y a eu réunion par première intention qu'à la partie inférieure, un peu au-dessus de l'orifice ménagé. Il s'écoule un flot de pus bien lié par la partie moyenne de la plaie ; en même temps du pus se fait jour aussi par le vagin. Il s'est donc probablement formé un abcès, une collection purulente protégée, contenue par des adhérences, entre l'utérus et les parois du ventre. Continuation des opiacés ; infusé de quinquina ; un peu d'alimentation ; tapioca, lait de poule, vin rouge sucré.

Le 25 (douzième jour) j'enlève les fils profonds, les lèvres de l'incision s'écartent passablement, donnant de nouveau issue à une grande quantité de pus bien lié ; on rapproche par des bandelettes de sparadrap ; les fils d'argent de la suture utérine, vu le peu de rétraction de la matrice, ne paraissent pas avoir rétrogradé, c'est-à-dire pénétré dans les profondeurs du ventre.

Le 26, j'essaie d'enlever les fils de la suture utérine en exerçant de timides tractions ; je ne réussis qu'à déterminer de vives douleurs.

Le 27, un peu plus de fièvre que j'attribue aux tentatives d'extraction des fils. Malgré cela, la malade a uriné naturellement pour la première fois. Sulfate de quinine 0,50.

Le 28, le fil supérieur de la suture utérine, légèrement tirailé, cède. L'anse est intacte, c'est donc par mortification locale du tissu utérin, et par suite de son ulcération qu'il a pu être dégagé. Les autres résistants à des efforts modérés, je dus recourir à un petit stratagème pour les extraire. J'enroule chacun d'eux sur un petit bout d'allumette et chaque jour, je fais faire un ou plusieurs tours au fil, qui est ensuite maintenu tendu par une grande quantité de charpie sèche interposée avec pression entre la paroi abdominale et l'allumette.

C'est sous l'influence de cette tension continue et progressive que le deuxième fil métallique tombe le 29, le troisième le 1^{er} juillet, le quatrième le 4 et le dernier le 6 ; je suis toutefois obligé d'attirer un peu ce dernier,

jusqu'à ce que le nœud de la suture, devenu visible, puisse être sectionné par des ciseaux courbes très-fins.

Dès le 1^{er} juillet, la malade a mangé du poulet rôti et l'état s'est graduellement amélioré jusqu'au 22 juillet, jour où je lui permets de s'asseoir sur le bord du lit, en donnant le conseil de se lever le lendemain sur un fauteuil, en prenant la précaution de porter une bonne ceinture abdominale.

La cicatrisation était complète ; j'avais dû cautériser la plaie à plusieurs reprises pour réprimer les bourgeons charnus et il ne restait plus qu'un tout petit pertuis à la partie inférieure de la plaie. Le pertuis livrait passage à un stylet fin, qui s'y enfonçait tout entier, et qui, par conséquent, arrivait jusque dans la cavité utérine.

La tumeur fibreuse examinée avec soin par le toucher vaginal et rectal a manifestement diminué de volume et permet d'atteindre le col.

Le 23 juillet, au moment où la malade allait se lever, un accès fébrile avec congestion sanguine céphalique se produit tout à coup ; le pouls, hier à 80, monte subitement à 120. En examinant la plaie, je constate un écoulement sanguin par le pertuis que je viens de signaler. Peut-être un peu audacieusement, je déclare à la famille que ces phénomènes si effrayants se rattachent au retour des couches. En effet, après deux jours d'anxiété, de douleurs, de sueurs profuses, les règles apparaissent assez abondamment, le 25, c'est-à-dire jour pour jour six semaines après l'opération.

Le pouls tombe à 100 ; mais l'état fébrile se continue pendant plus de huit jours.

La fièvre est accompagnée de douleurs intra-pelviennes qui, jointes au toucher, me permettant de percevoir un empatement général du cul-de-sac vaginal postérieur autour de la tumeur réduite elle-même dans son volume, me font craindre une pelvi-péritonite ; je n'étais pas sans inquiétudes non plus sur la possibilité d'une inflammation, d'un ramollissement central de la tumeur elle-même.

Les choses cependant s'arrêtent bientôt ; les forces, grâce au sulfate de quinine, au quinquina et à une alimentation puissamment réparatrice se relèvent.

La petite fistule utéro-cutanée ne résiste pas à deux cautérisations au nitrate d'argent (1).

La malade est en état de se lever le 8 août (huit semaines après l'opération) ; le 19, soutenue par des béquilles, elle fait quelques pas dans le jardin.

Le 1^{er} octobre, j'examine de nouveau la tumeur et l'utérus ; le corps de cet organe peut être facilement senti derrière le pubis, un peu plus volumineux qu'à l'état normal ; par la palpation, on ne peut que très-difficilement percevoir un empatement profond, indiquant l'existence de la tumeur. Le toucher vaginal montre que cette dernière est reléguée presque au niveau de l'angle du sacrum et qu'elle a laissé libre l'excavation dans laquelle

(1) On sait que Stoltz a observé le passage des règles par une fistule utéro-cutanée, pendant plus d'un an, chez une de ses opérées.

le col utérin à repris sa place et ses rapports. Certainement le fibromyome s'est atrophié au moins des $\frac{2}{3}$ de son volume.

Pour la première fois, à la fin d'octobre, la menstruation a été exempte de douleurs et de fièvre, la malade commence à vaquer à ses occupations.

La cicatrice abdominale est régulière, peu froncée et très-résistante.

L'enfant, confié à une bonne nourrice, pesait à sa naissance 1 k. 350 gr. ; il était bien chétif ; mais, avec des bains aromatiques biquotidiens, l'enveloppement permanent dans l'ouate, et le séjour dans une chambre où, pendant six semaines, la température fut toujours à 30°, cet enfant est aujourd'hui bien venant, sinon robuste.

Cette narration paraîtra peut-être un peu longue. Mais un fait dans sa brutalité, dépouillé de tous les détails qui lui donnent la vie, ne saurait être instructif.

Il ne devient utile que lorsqu'il se présente à l'esprit entouré de l'exposé des circonstances spéciales où il s'est produit, des soins particuliers qu'il a nécessités, des précautions infinies que sa gravité a suggérées, et surtout lorsqu'on est parvenu à faire partager au lecteur les poignantes émotions dont il a été la source.

En dehors des appréciations d'ordre général que cette observation peut faire naître et sur lesquelles je m'étendrai bientôt, on peut en déduire directement et dès maintenant les réflexions suivantes :

Ce cas démontre une fois de plus que les corps fibreux à l'état rudimentaire peuvent recevoir de la gestation une impulsion et une force d'accroissement qu'explique l'abondance des matériaux nutritifs, appelés vers la matrice par les besoins du nouvel être et dont une partie se trouve détournée au profit du corps étranger.

Il prouve aussi de la façon la plus évidente que le fibrôme, après la cessation des fonctions exagérées de l'utérus, présente une tendance à un retour à son état primitif par atrophie graduelle.

La guérison obtenue ici malgré une péritonite généralisée me paraît reconnaître plusieurs causes.

D'abord, l'abstention de toute opération chirurgicale ou obstétricale antérieure à l'hystérotomie ; les cas les plus rapidement mortels ont été ceux où on a pratiqué la ponction, toujours inefficace d'ailleurs, de la tumeur. C'est avec la plus grande raison, pensons-nous, que Bourgeois (de Tourcoing) (1) avance que les statistiques dans lesquelles on entasse les succès et les insuccès n'ont aucune portée scientifique et que l'opération césarienne ne saurait être responsable des

(1) *Moniteur des Hôpitaux*, 1859, p. 479 et suiv.

morts qui surviennent quand elle a été faite après des tentatives d'extraction de toutes sortes. — Plus dangereux sont encore ces essais lorsque la dystocie reconnaît pour cause la présence d'un corps fibreux.

La seconde condition favorable résidait dans l'attention extrême que nous avons déployée pour garantir la grande cavité séreuse de tout épanchement; disons aussi que le milieu était excellent. En dernière analyse, une grande partie du succès doit être attribuée à la ponction abdominale. — J'ai la ferme conviction que ma malade aurait succombé à l'asphyxie par impossibilité d'abaissement du diaphragme, si la gastérocentèse n'était pas venu vider le tube digestif des gaz qui le ballonnaient. Déjà le Dr Eby, qui, en 1862, assistait le Dr Putegnat (obs. xviii), avait eu la pensée de faire sortir les gaz au moyen de la sonde œsophagienne. Malgaigne (obs. vi), avait tenté le même moyen en faisant pénétrer cette sonde par le rectum. Mais ces manœuvres ont été insuffisantes.

La ponction capillaire, préconisée dans ces derniers temps par Labric (1), Larnier des Bancelles (2) et Fonssagrives (3), a amené dans le cas qui m'est personnel un soulagement tel que la malade, on se le rappelle, en réclamait instamment l'exécution (4).

La péritonite générale a été modérée, sans tendance à l'algidité. Des adhérences se sont rapidement établies entre l'utérus et la paroi abdominale, et une collection purulente s'est formée en ce point. L'inflammation locale suraiguë produite par les manœuvres nécessitées par l'hémorrhagie, et le contact des liquides astringents sur une portion peu étendue toutefois du péritoine viscéral, a-t-elle déterminé en ce point la formation prompte d'adhérences protectrices. C'est avec de grandes réserves que l'on devrait donner crédit à cette opinion. Avec de plus sérieuses apparences de raison on peut admettre que les sutu-

(1) De la ponction de l'intestin. Thèse de Paris, 1852.

(2) Etude sur le traitement chirurgical des étranglements internes. Paris, 1870.

(3) Traitement de la pneumatose péritonéale et gastro-intestinale par la ponction, in Bulletins de l'Académie de méd., 11 juillet 1871 (Discussion).

(4) Depuis la rédaction de ce travail, Demarquay a communiqué à l'Académie des sciences un mémoire sur les bons effets de la ponction dans le ballonnement extrême, consécutif avec étranglements internes, péritonite, etc. Je dois aussi mentionner une lecture faite par Guignet à la Société de médecine de Lille, intitulée : Ponctions capillaires de l'intestin et la discussion qui s'en est suivie. (Bull. méd. du Nord, mai 1875, p. 125 et 173.)

res utérines ont été favorables au succès, en assurant la coaptation des lèvres de la plaie viscérale et en empêchant le passage des lochies dans le péritoine, comme cela a été trop souvent signalé et est arrivé à Malgaigne (obs. vi) qui n'avait fait qu'une suture.

Peut-être aussi les sutures utérines ont-elles empêché la production de ces hémorrhagies secondaires si meurtrières que l'on a citées, et dont l'état de l'utérus ne faisait que trop prévoir la possibilité.

Cette opinion favorable sur l'emploi des sutures est corroborée par un détail de l'obs. xvii. Breslau pratiqua aussi la suture après une hémorrhagie par inertie. Sa femme mourut d'épuisement 22 heures après; mais, à l'autopsie, les lèvres de la plaie utérine étaient parfaitement adaptées (1).

(1) Une étude expérimentale et clinique bien faite sur toutes les sutures de la matrice après l'incision de cet organe serait, dans l'état actuel de la science, un grand service rendu. En effet, « le plus souvent on a abandonné l'utérus à lui-même et sur ce viscère saignant, on a refermé l'ouverture abdominale, laissant ainsi la malade livrée aux éventualités d'un épanchement qui doit être très-fréquent, si on songe que les lochies pendant les contractions utérines ont autant de tendance à passer du côté du péritoine que du côté du vagin. C'est vraiment faire la part trop belle à la nature, compter par trop sur un hasard heureux et, en chirurgie, on ne doit rien lui abandonner, il est de règle de tout prévoir.

Cette pratique, en vigueur depuis plus de trois cents ans, est, hélas ! restée la même jusqu'à nos jours. Jusqu'ici les tentatives qui ont été faites pour sortir du sentier battu n'ont eu que la valeur de faits isolés et n'ont guère réussi à rallier les médecins. » Ainsi s'exprime avec juste raison le docteur Baudin, qui, dans son livre intitulé : « l'Ovotomie abdominale, » p. 172, s'est fait le champion de la suture viscéro-pariétale. Il est seulement regrettable que cet écrivain n'eut jamais eu l'occasion de la pratiquer sur sa femme et qu'en outre, des expériences sur les animaux aient été toutes terminées par la mort.

Il est assez difficile de s'assurer à qui revient l'idée première de la suture. Nous savons seulement que, formellement repoussée par Lauverjat et la plupart des opérateurs, elle a été suivie de succès entre les mains de Lebas et de Wiesel de Hulsenbusch. Elle a aussi trouvé pour défenseurs, Martin (de Berlin), Seutin, Didot, Godefroy, Pillore (a), Lestocquoy et Dussart (b). Stoltz (c), sans en être partisan, ne la condamne pas entièrement, et

(a) Courrier médical, 1854, 31 décembre.

(b) Thèse de Paris, 4 décembre 1867, De la suture viscéro-pariétale.

(c) Nouveau Diction. de méd. et de chir. pratiques, art. Opération césarienne.

Nous allons maintenant essayer, à l'aide du cas qui nous est propre, et profitant de la lecture des observations publiées par les auteurs, de résumer ce que ces faits peuvent avoir d'instructif; et de rechercher, par une vue d'ensemble les résultats pratiques qui en découlent.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré établissent

la réserve pour le cas d'hémorrhagie incoërcible. Tout récemment, Barnes a recommandé un nouveau mode de suture, rappelant un peu celle de Lestocquoy. Tarnier (d), Fourrier (e), Baudin (f), se sont occupés activement de la question. Il résulte de leurs travaux, dont l'analyse dépasserait le cadre de notre étude, que la suture présente des avantages indubitables, mais que de nouveaux perfectionnements sont encore à désirer dans son mode d'exécution.

Il m'a semblé que les procédés les plus simples, comme celui que j'ai mis en pratique, ceux qui font perdre le moins de temps et ne constituent pas une complication dans l'opération, étaient les meilleurs. Lestocquoy a réussi par la suture utéro-pariétale, mais 38 jours après l'opération, il n'y avait encore aucune trace de réunion, quoique les fils fussent restés en place jusqu'à dix-huit jours.

La recommandation importante consiste à prendre le soin d'adosser les séreuses utérines, et cette donnée repose sur les observations du professeur Kilian (g), établissant que la réunion des plaies utérines se fait presque exclusivement aux dépens de la séreuse péritonéale.

Baudin, qui a théoriquement conçu un mode de suture assez compliqué, calqué du reste sur celui de Lestocquoy, reproche à la suture isolée de l'utérus d'une part et des parois abdominales de l'autre, de laisser dans l'angle inférieur de la plaie 12 à 15 fils qui devront rester en place huit, quinze jours et plus, et pourront devenir une cause d'inflammations des plus graves. Ces fils, selon lui, empêcheraient la réunion complète de la plaie abdominale. Cette observation a sa raison d'être. Mais, en prenant la précaution de ne pas multiplier autant les fils, de séparer chacun d'eux comme nous l'avons fait, et de leur donner une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, une partie de l'objection se trouve réfutée. De plus, il faut bien avouer que dans des circonstances semblables, les plus beaux raisonnements cèdent le pas aux faits. Or, on a réussi, avec cette suture métallique simple et cela nous suffit.

Cependant nous devons dire que le mode de suture que nous avons employé a un inconvénient, c'est la difficulté d'ablation des fils. L'ingénieuse

(d) Revue photographique, numéros de janvier et février 1869.

(e) Bulletin de thérapeutique, 15 février 1873.

(f) De l'ovotomie abdominale ou Opération césarienne. Paris, 1873.

(g) Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1830, t. IX, p. 449.

nettement que lorsqu'une tumeur pelvienne occupe l'excavation, et que par suite de son volume, de sa pédiculisation, ou des adhérences qu'elle a contractées, cette tumeur ne se déplace pas, si enfin l'espace resté libre est insuffisant pour l'exécution des autres manœuvres obstétricales que nous avons énumérées, il ne reste plus qu'à pratiquer l'hystérotomie.

Mais combien de temps convient-il d'attendre avant d'en arriver là? Les insuccès ne sont-ils pas dus à cette temporisation basée du reste sur l'espoir de l'ascension spontanée ou facilitée du fibrôme? — En effet, dans toutes les opérations faites jusqu'ici, l'écoulement des eaux avait lieu depuis plusieurs jours. Une seule fois (obs. 1), il ne datait que de 45 heures.

Pendant ce temps la femme, si elle souffre, s'épuise dans des contractions sans effet, et l'utérus exténué ne peut plus revenir sur lui-même après l'opération, ou bien ces vains efforts l'ont prédisposé à l'inflammation.

La conduite à tenir est embarrassante et l'on ne saurait établir de règle général. — Autant de cas, autant de manières d'agir. — Je pense, cependant, que, sauf indication particulière, il est prudent de ne temporiser que de 24 à 48 heures, en surveillant toutefois les battements du cœur de l'enfant, s'il est vivant, et la résistance de la mère.

L'opération étant décidée, y a-t-il une méthode particulière à suivre?

idée qu'a eue Tarnier d'introduire chacun des chefs de ses fils dans le même tube de trocart capillaire et de serrer à l'aide d'un bâtonnet, les deux chefs ainsi réunis, devaient lui épargner, si la malade n'avait pas succombé, les difficultés contre lesquelles nous avons eu à lutter. Fourrier a dû n'enlever les sutures que deux mois après l'opération.

Quant à l'arrêt de l'hémorrhagie, il se produit presque à coup sûr après la suture, ainsi qu'il ressort du fait de Breslau (obs. xvii), d'un plus récent dû à Kob (de Stolp) (a), d'une autre observation relatée par Gurtler (b) et de notre propre expérience. J'allais oublier de signaler aussi Fourrier, comme ayant réussi, avec trois sutures, à maîtriser une perte effroyable causée par l'inertie utérine.

Pour achever d'établir l'innocuité relative des sutures, ajoutons que Gurtler, imitant la pratique de certains ovariétomistes, a laissé les fils (de chanvre) dans la cavité péritonéale. La malade se levait au bout de seize jours.

(a) Beiträge zur Casuistik des Kaiserschnittes, in Beiträge zur Geburts- und Gynäkologie, t. II, fasc. 2. Berlin, 1873.

(b) In Archiv Gynäkologie, t. V, fasc. 3. Berlin, 1873.

D'une façon générale, évidemment, non. Cependant, il existe ici des dispositions anatomo-pathologiques fort importantes à noter. En effet, ou la tumeur est seulement pelvienne (comme dans notre cas), où elle déborde dans l'abdomen, ou bien encore en même temps que celle qui cause la dystocie il en existe d'autres, plus ou moins volumineuses, faisant saillie sous les parois abdominales (obs. xvi et xxi).

Dans la première supposition, l'incision doit être faite sur la ligne blanche, au lieu classique.

Dans la seconde et la troisième, on se demande s'il faudrait suivre l'exemple de Bird (obs. xxi) qui sectionna la ligne blanche et tomba sur une tumeur ; force fut de débrider en haut pour arriver sur un point de la matrice correspondant au produit de la conception. N'est-ce pas singulièrement aggraver la situation que d'agrandir ainsi la plaie abdominale ?

Il faudrait mieux, ce nous semble, établir par un examen préalable très-attentif le siège de l'utérus gravide et celui des tumeurs, et opérant au niveau de l'utérus, faire correspondre la direction de l'incision avec l'axe déplacé de cet organe.

Je m'étais déjà fait cette opinion lorsque j'ai eu connaissance de l'observation xv dans laquelle le Dr Hiron eut un beau succès en incisant les parois abdominales à gauche de dehors en dedans à peu près comme dans le procédé de Lauverjat.

La proportion d'enfants sauvés par l'opération césarienne dans les circonstances particulières que nous étudions, est assez remarquable. Nous trouvons que vingt-deux opérations (y compris la nôtre) ont donné quatorze vivants, trois morts avant, un pendant cette opération. Quatre observations sont silencieuses sur le sort de l'enfant.

Presque toutes les femmes étaient à terme ; une était à six mois, une à 7, une à 8.

Il n'y a eu, nous l'avons dit, que trois succès sur vingt-deux cas, la mort est survenue, par épuisement, par hémorrhagie, par péritonite. Nous devons attirer l'attention sur ce fait que, tandis que le professeur Depaul a dit que la péritonite tuait après l'hystérotomie vingt-neuf fois sur trente, il n'en est plus de même ici. En relisant les observations on est frappé de la quantité de décès dus à l'hémorrhagie ou au collapsus.

Quoi qu'il en soit, les résultats de l'opération césarienne pour corps fibreux sont déplorables. Il nous reste donc à rechercher quelles sont les conditions qui font cette gravité, et elle est telle que Pihan-Du-

feillay (1) ne consent qu'à regret à la faire rentrer dans ses statistiques générales, parce que, dit-il, « la mort est alors au même titre que l'opération une conséquence directe de la maladie. »

Examinons d'abord le lieu où on a fait l'opération. Sur vingt-deux cas, le nôtre compris, elle a été pratiquée trois fois à Paris, une à Strasbourg, une à Nantes, une à Douai, une à Lyon. (?) Toutes les autres fois, c'est-à-dire quinze fois, dans de petites villes ou à la campagne.

Les insuccès ne tiennent donc pas à ce qu'on ait opéré dans les grands centres.

C'est dans l'état de l'utérus lui-même qu'il faut rechercher la principale cause de mortalité.

On agit en effet sur un organe malade, souvent depuis plusieurs années, ayant eu quelquefois à subir plusieurs fausses couches, des irritations s'étant étendues jusqu'au péritoine, sur un organe qui, abstraction faite de ces circonstances antérieures aggravantes, a souffert pendant toute la durée de la grossesse de la présence simultanée du produit de la conception et de la tumeur, et qui, si je puis m'exprimer ainsi, a de l'inflammation en disponibilité.

Il y a loin de ces conditions prédisposantes à l'état relativement sain d'un utérus que l'on incise, exclusivement parce que au-dessous de lui il existe un rétrécissement osseux.

Ce n'est plus seulement la péritonite qui est à craindre, et nous trouvons, dans la connaissance de l'anatomie pathologique des fibromes utérins, l'explication de l'existence d'autres causes de mortalité.

Lorsque les tumeurs fibreuses sont adhérentes par une large base, la portion de l'utérus qui s'est dilatée pour loger le fœtus, affaiblie par une distension excessive et un amincissement proportionné, puis maintenue écartée par celle qui est le siège du fibrome, ne peut revenir sur elle-même après l'opération. — Il en résulte une hémorrhagie souvent très-grave. En outre, la plupart des observations montrent l'utérus farci de petites tumeurs fibreuses qui, diminuant ou anéantissant l'efficacité des contractions utérines, empêchent encore le retrait de l'organe; des adhérences anciennes avec les organes du voisinage peuvent contribuer à entretenir l'inertie.

Nous avons vu que dans certains cas, l'hémorrhagie a été telle qu'elle

(1) Études sur les statistiques de l'opération césarienne, *in* Arch. gén. de méd., 1861, vol. II, p. 162 et suiv.

a nécessité la compression de l'aorte, des sutures, etc., et qu'elle peut être accusée directement de la mort de plusieurs malades. — De plus la déperdition considérable du sang ne doit pas être sans action sur le nombre marqué de morts par suite d'accidents nerveux et de collapsus.

On ne saurait accuser l'opération elle-même de la mort de quelques opérées chez lesquelles on avait fait des tentatives opératoires (ponctions infructueuses, etc.), lesquelles n'ont pas peu contribué à aggraver la situation.

Une dernière remarque, qui a peut-être son importance au point de vue pronostique est l'âge des malades. On devait s'attendre *a priori*, en raison de la nature des tumeurs, à ne rencontrer dans les observations que des femmes ayant dépassé la trentaine. Il en est en effet ainsi. L'âge de 40 ans est même la règle — le cas de Malgaigne (obs. vi) où la femme n'avait que 22 ans est une véritable exception.

Telles sont, Messieurs, les réflexions pratiques que m'ont suggérées le fait dont j'ai été témoin et la lecture des observations que j'ai colligées. Je ne me dissimule pas tout ce que ce travail a d'incomplet ; mais c'est là une question dont l'étude ne remonte réellement qu'à quelques années, et à l'élucidation de laquelle j'ai été heureux d'apporter quelques nouveaux matériaux.

Outre les nombreuses indications bibliographiques données dans le cours de ce mémoire, nous devons, pour être complet, signaler les travaux suivants : *Baudelocque*. — Recueil périodique de la Société de médecine, t. V, p. 17. *Merriman* (Samuel), Cases of tumors within the pelvis impeding parturition, in *Medico-chirurg. Trans.*, t. X, p. 50, t. III, 47. — *Park*, Obs. on tumors within the pelvis occasioning diff. partur., in *Med.-chir. Trans.*, t. II, p. 298. — *Lever*, Guy's Hospital Reports, vol. VII, p. 98-103, avril 1842, et *Medico-chir. Transact.*, XXIII, p. 414. — *Barnetche*, Dystocie causée par les tumeurs de la matrice, in *Journal de méd. de Bordeaux*, sept. 1844. — *Forget*, Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'ut. consid. pendant la grossesse et après l'accouchement (*Bull. gén. de Thérap.*, 1846). — *Danyau*, Dystocie par obstruction du bassin due à la présence d'une tum. fibr. de l'utérus, in *Bull. de l'Ac. de M.*, 1850-51, t. XVI, p. 691. — *P. Testeau*, Du cancer de l'utérus et des tum. fibr. de l'utérus envisagés dans leurs rapports avec la grossesse, th. Paris 1872, n° 449. — *Sebelleau*, th. Paris 1873.

DES PROCIDENCES DES MEMBRES

Par le professeur Depaul (1).

MESSIEURS,

Je viens de m'occuper longuement avec vous de la chute ou procidence du cordon ombilical, et je vous ai indiqué les moyens propres à remédier, dans la mesure du possible, à cet accident. A cette occasion, je vous ai communiqué un résumé, sous forme de tableau, de tous les cas de procidence, en général, qui ont été observés dans cet hôpital depuis 1852. Dans ce relevé étaient compris les cas de procidence des membres du fœtus, accident que j'ai dû laisser momentanément de côté pour ne m'occuper que du prolapsus du cordon ombilical. Je suis heureux de pouvoir aujourd'hui compléter ce qui a rapport aux procidences des membres : deux exemples qui se sont présentés à notre observation il y a quelques jours vont m'en fournir l'occasion.

Il s'agit d'abord d'une femme que vous avez vue au n° 34 et qui fut amenée à la clinique dans la soirée du samedi 5 de ce mois. Cette femme était en travail depuis deux heures du matin : le même jour, les douleurs s'étaient manifestées après la rupture spontanée et prématurée de la poche des eaux. Elle était parvenue au terme de sa grossesse et avait déjà eu deux couches antérieures, l'une à terme, qui eut pour résultat la naissance d'un garçon encore vivant, l'autre avant terme, vers le sixième mois de la gestation, fausse couche occasionnée, au dire de la malade, par une chute dans les escaliers. Elle habitait Grenelle, et dans la nuit du 4 au 5, comme je vous l'ai dit, les eaux s'écoulèrent brusquement sans qu'aucune cause pût expliquer pour elle la rupture prématurée de la poche. Une sage-femme fut aussitôt appelée, qui trouva une dilatation grande, dit-elle, comme une pièce de 2 francs, et une tête très-élevée. Les contractions étaient à ce moment assez faibles, très-éloignées, et ne trouvant rien d'insolite, la sage-femme retourna chez elle, recommandant de venir la chercher si le travail s'accélérait.

(1) Leçon extraite du 3^e et dernier fascicule des Cliniques obstétricales du professeur Depaul, qui viennent d'être publiées chez Adrien Delahaye.

A dix heures du matin, personne ne s'étant présenté, la sage-femme retourna chez sa cliente, qui lui dit avoir peu souffert; néanmoins, le toucher indiqua une légère accélération dans le travail et un orifice un peu plus dilaté. La tête était toujours très-élevée, mais on sentait une main qui avait glissé et qui s'avavançait dans l'orifice même. Ne voulant pas rester seule en face de cette complication, la sage-femme conseilla d'aller chercher un médecin; mais, soit négligence de la part des gens qui entouraient la patiente, soit qu'on eût perdu beaucoup de temps avant de rencontrer un confrère, toujours est-il que celui qui vint n'arriva auprès de la malade que vers trois heures de l'après-midi; il trouva une main et un bras très-engagés dans le vagin, une tête toujours difficilement accessible, et conseilla le transport de la femme à la Clinique, où elle arriva à sept heures du soir. On me fit prévenir aussitôt, et quand j'examinai cette femme, vers neuf heures et demie, je trouvai un orifice non pas complètement dilaté, mais très-mou et très-dilatable; le bras gauche du fœtus pendait dans le vagin, et en écartant les grandes lèvres on pouvait voir les petits doigts de cette main très-près de l'orifice vulvaire; la tête se sentait manifestement derrière les pubis, au-dessus du détroit supérieur. Le bras en procidence avait glissé au-devant de l'éminence iléo-pectinée droite, répondant au pariétal gauche de la tête, car nous avions affaire à une position occipito-latérale droite, variété postérieure. Les contractions utérines étaient presque nulles, et l'on entendait manifestement les battements du cœur fœtal. Je me mis en devoir de repousser le bras dans la matrice, ce qui ne présenta pas de grandes difficultés, grâce à la mobilité de la tête, puis je fis sur cette tête une application de forceps; malgré des tractions assez énergiques, je ne pus l'engager dans le détroit, et, pensant que la difficulté provenait sans doute d'une mauvaise application de l'instrument, je désarticulai le forceps, et après avoir enlevé successivement les deux branches, je le réappliquai, mais en prenant soin de placer la branche droite la première. Cette fois, la tête me parut plus régulièrement saisie, et grâce à des tractions où je dus déployer une certaine force, je parvins à extraire un enfant d'un volume ordinaire, et qui naquit d'abord étonnée, mais qui fut vite ranimée par de simples frictions, des flagellations et l'immersion dans un bain un peu chaud, auquel je fis ajouter du vin aromatique. Pendant que je repoussais le bras en procidence, j'avais été frappé de la projection en avant de l'angle sacro-vertébral qui me parut plus saillant que d'habitude. Je profitai du moment de la déli-

vance pour mesurer le diamètre antéro-postérieur, et je vis qu'en effet ce diamètre était légèrement rétréci, puisqu'il ne mesurait que 9 centimètres et demi (déduction faite) au lieu de 11 centimètres qu'il doit avoir.

La seconde observation a trait à une pauvre femme qui était couchée au n° 30, et dont je vous ai entretenu plusieurs fois dans nos dernières réunions. Cette femme était rachitique, le bassin ne mesurait que 7 centimètres et demi dans son diamètre antéro-postérieur, elle avait déjà eu deux accouchements antérieurs très-laborieux, et j'avais résolu de provoquer le travail vers le huitième mois de la grossesse, dans l'espoir d'obtenir un enfant vivant et viable. Vous m'avez vu introduire dans le col, dans le but de provoquer le travail, un cône d'éponge préparé, et vous vous rappelez que sous l'influence de ce corps étranger les contractions se manifestèrent très-rapidement et avec énergie, et tout faisait prévoir une terminaison heureuse, quand les membranes s'étant rompues spontanément à neuf heures du soir, le lendemain du jour où l'éponge avait été placée, le bras fit procidence et glissa dans le vagin au-devant de la tête, qui resta élevée au-dessus du détroit supérieur. C'était le bras gauche encore qui avait passé au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, la position étant une occipito-latérale gauche, variété antérieure. Prévenu aussitôt de cet accident et trouvant l'orifice suffisamment dilaté, j'essayai d'abord à deux reprises de remonter le bras, mais les contractions utérines énergiques appuyaient la tête contre le détroit, ce qui m'empêcha de réussir dans mes tentatives; je fis alors une application de forceps sur la tête pour tâcher de l'engager dans le bassin et de l'extraire. Mais elle était très-élevée au-dessus du détroit abdominal, et j'eus quelque peine d'abord à la saisir; voyant ensuite que les tractions, quoique énergiques, ne parvenaient pas à l'engager, je changeai de méthode et je m'adressai à la version podalique, qui ne présenta d'abord aucune difficulté. Mais quand il fallut faire passer la tête à travers le détroit rétréci, je dus faire de grands efforts de traction, et, quoique m'étant fait aider par mon chef de clinique, il me fut impossible de la faire descendre. L'enfant vivait au début de mes tentatives, mais pendant mes efforts d'extraction je le sentis manifestement faire, à deux reprises, des tentatives d'inspiration, après quoi il ne donna plus aucun signe de vie; enfin je parvins à l'extraire, mais il naquit inanimé, et, malgré tous nos efforts, nous ne pûmes le rappeler à la vie.

Voilà, messieurs, deux exemples de procidence du membre supérieur, dans lesquels celui-ci était descendu presque complètement dans le vagin : mais ne croyez pas qu'il en soit toujours ainsi ; il y a aussi des degrés dans cette procidence, et, au lieu de trouver le bras entier dans le vagin, on peut n'y rencontrer que l'avant-bras ; quelquefois la main seule s'avance dans l'orifice au-devant de la tête ; enfin, il n'est pas absolument rare de trouver une main appliquée sur l'un des côtés de la tête, et cela peut s'observer soit au moment du dégagement de celle-ci, soit pendant le passage de cette partie à travers l'excavation, soit même avant la rupture des membranes ; souvent aussi la main ne descend pas aussi vite que la tête et reste en arrière, si bien que la réduction s'opère spontanément. Dans d'autres cas, la main ou le bras accompagnent la tête dans son parcours et se dégagent avec elle. Dans un bassin bien conformé, cela ne constitue pas habituellement un obstacle sérieux à l'accouchement spontané, et, s'il y a un temps d'arrêt dans le travail, une application de forceps suffit dans la plupart des cas pour surmonter l'obstacle.

La procidence du membre supérieur peut s'observer avec une autre présentation que celle du sommet. Je ne parle pas des présentations de l'épaulé, où l'issue du bras est en quelque sorte la règle, mais il ne faut pas considérer alors ce membre comme prolabé : c'est une partie intégrante de la présentation et non pas une procidence. Je me suis expliqué avec vous sur ce point quand nous avons parlé des présentations de l'épaulé ; je n'y insiste donc pas. Mais si vous parcourez le relevé fait avec les observations de la clinique, vous y verrez quelquefois une main en procidence avec une présentation de la face ou bien avec le siège. On peut rencontrer la procidence des deux membres supérieurs, quoique cela soit plus rare puisque sur nos 278 observations on ne trouve cette double procidence relatée qu'une seule fois.

Les membres inférieurs peuvent également faire procidence, soit avec une présentation de l'extrémité céphalique, soit avec une présentation de l'épaulé. Je ne parle pas de la procidence des pieds dans les présentations de l'extrémité pelvienne, car cela ne constitue pas une véritable procidence ; ce n'est qu'une variété de la présentation du siège dans laquelle les éléments qui constituent cette partie n'ont pas conservé leurs rapports normaux.

Mais la procidence des pieds avec le sommet n'est pas absolument rare, nous en trouvons 18 exemples dans nos 278 observations. Quel-

quefois il n'y a qu'un seul pied, d'autres fois on les rencontre tous les deux. La présence de ces extrémités inférieures s'observe également dans les présentations de la face et dans celles de l'épaule.

Les membres supérieurs et les membres inférieurs peuvent faire procidence en même temps. Il est très-rare de les rencontrer à la fois tous les quatre dans le vagin et dans l'orifice utérin, en avant de la partie qui se présente. Néanmoins, il y a quelques exemples dans la science de cette anomalie, et vous pourrez en lire des observations dans Mauriceau et dans de La Motte. Le relevé de ma clinique n'en contient pas, mais vous trouvez une observation où les deux mains et un pied faisaient simultanément procidence. Plus souvent on voit un pied et une main.

Enfin, il est très-fréquent de rencontrer le cordon ombilical avec un membre en procidence. Je vous ai parlé de cette circonstance dans les leçons sur la procidence du cordon ; je n'y reviendrai pas.

Causes. — Mme Lachapelle, et après elle tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, ont admis comme causes prédisposantes ou occasionnelles la petitesse du fœtus, sa grande mobilité, l'abondance du liquide amniotique, son expulsion rapide, les présentations obliques du fœtus, quand la tête, par exemple, au lieu de se présenter en plein dans le détroit supérieur, est plutôt dirigée obliquement vers l'un des côtés du pourtour de ce détroit : enfin les vices de conformation du bassin. Vous voyez que ce sont, en un mot, les mêmes causes que pour la procidence du cordon que nous avons déjà étudiée, avec cette différence cependant que si la procidence de la main ou d'un pied pouvait favoriser l'issue prématurée d'un cordon ombilical, la réciproque ne semble pas admissible, peut-être pourra-t-on admettre, à la rigueur, qu'un pied prolabé puisse faciliter le glissement d'une main ou de l'autre pied.

Au point de vue du volume de l'enfant, en mettant de côté les fœtus de 1000 à 2000 grammes résultant d'accouchements avant terme et dans lesquels l'issue d'un membre n'est pas très-rare, nous voyons dans nos tableaux les chiffres les plus divers. Ainsi, à côté de poids de 3000, 3300, 3800, 4000 et même 4200, on voit les chiffres de 2200, 2500, 2700, etc., sans qu'on puisse établir positivement que la plupart des cas se rapportent à des enfants relativement peu volumineux. Il n'en est pas de même de la mobilité ; on trouve dans mes relevés 14 cas de grossesse gémellaire dans lesquels la procidence d'un membre

a été observée, ce qui, sur 278 observations, constitue une notable proportion. Il est également nécessaire de faire remarquer que la procidence d'un membre a été notée dans 10 cas d'étroitesse du bassin, et les deux observations qui font le point de départ de cette leçon confirment l'influence des déformations pelviennes à cet égard. Quant aux autres causes que je vous ai énumérées plus haut, tout en leur reconnaissant une certaine importance au point de vue de la production de l'accident qui nous occupe, comme ces détails ne sont pas consignés dans mes relevés, je ne puis qu'appeler votre attention sur eux.

Fréquence. — Sur 17.613 accouchements qui ont été observés dans cet hôpital, nous trouvons 163 cas de procidence des membres seuls, ou avec le cordon ombilical, ce qui donne une proportion générale de 1 pour 102 accouchements environ. Madame Lachapelle n'avait trouvé à la Maternité que 28 cas de procidence du cordon et des membres sur 22.213 accouchements; mais convaincue qu'il pouvait, à cet égard, y avoir eu quelque négligence ou omission dans la rédaction des observations, elle préférerait une autre statistique qu'elle croyait plus sûre, donnant 45 cas de procidence sur 15.652 accouchements. Sur ces 45 cas, 11 seulement se rapportent aux membres du fœtus, ce qui donnerait une proportion de 1 cas de procidence de cette espèce pour 1,423 accouchements, ce qui est encore loin de la fréquence observée à la Clinique.

Diagnostic. — Nous allons étudier successivement le diagnostic de la procidence et le diagnostic différentiel des diverses parties fœtales qui peuvent être prolabées.

Il n'est pas rare, avant la rupture des membranes, de rencontrer sur les côtés de la tête une petite main qui lui est appliquée et qui peut se déplacer sous la pression du doigt explorateur. Dans ce cas, le diagnostic n'est pas difficile : il suffit d'appliquer avec précaution cette partie contre la tête, qui forme au-dessus un plan résistant, et l'on constate successivement des détails qui permettent de distinguer une main d'un pied. Le petit volume de la partie, la longueur relative des extrémités digitales, l'étendue des espaces interdigitaux sont des signes qui peuvent facilement être constatés, même avant la rupture des membranes, quand on peut fixer la main en l'appuyant contre la tête qui résiste. Mais dans quelques cas, le membre, très-mobile au milieu du liquide amniotique, fuit sous la pression du doigt de l'accoucheur, et il est impossible de déterminer à quelle extrémité on a affaire, ou

même si ce n'est pas le cordon ombilical qui a glissé en avant de la partie fœtale. Souvent la tête, ou toute autre partie que l'enfant présente, est trop élevée ou trop mobile pour qu'on puisse appliquer contre elle le petit membre du fœtus dont on n'a alors qu'une notion fort incomplète; on peut essayer encore d'appuyer ce membre contre les parois du bassin, mais c'est une manœuvre plus difficile quand le membre est encore élevé; car alors, le plus souvent, il fuit sous le doigt.

Après la rupture des membranes, le diagnostic est plus facile; tantôt c'est une main appliquée sur les côtés de la tête en avant ou en arrière, mais reposant presque toujours sur l'un des pariétaux; quelquefois la main s'est avancée plus bas encore, et ses caractères ne laissent aucun doute. Dans certains cas, l'avant-bras est replié sous la tête fœtale, qui repose sur lui, et c'est en suivant ce membre vers ses deux extrémités que l'on parvient à la main, facile à reconnaître aux particularités que je vous ai précédemment indiquées quand il s'est agi des présentations de l'épaule.

Enfin, il peut se faire que le membre prolabé soit descendu très-bas dans le vagin et vienne faire saillie entre les grandes lèvres, comme dans la première observation que je vous ai rapportée. En pareille circonstance, ce n'est pas la procidence qui est difficile à reconnaître, mais c'est la partie que le fœtus présente qu'il faut déterminer. Le nombre des procidences d'un bras accompagnant une tête, et pris en ville par des sages-femmes, et même par des médecins, pour des présentations de l'épaule, est assez considérable. Il ne se passe pas d'années où, dans cet hôpital, de semblables erreurs ne soient constatées quatre ou cinq fois. Une femme est amenée de la ville sur un brancard, une sage-femme l'accompagne, et annonce qu'on a affaire à une présentation de l'épaule, le bras gauche ou droit faisant procidence dans le vagin. On m'envoie chercher, et, après examen, je m'aperçois que la tête se trouve au-dessus du détroit supérieur, et qu'au lieu d'une épaule avec un bras défléchi, c'est en réalité une présentation du sommet avec procidence de l'un des membres supérieurs. Je dois mentionner aussi les cas où, pendant des manœuvres maladroites, à l'occasion d'une version, faite pour des causes souvent très-discutables, l'opérateur, au lieu d'un pied, a ramené une main, et provoqué ainsi une procidence accidentelle.

Je tiens à vous mettre en garde contre ces erreurs de diagnostic, et chaque fois que vous trouverez dans le vagin d'une femme en travail

une main ou un pied, recherchez, toujours avec le plus grand soin, quelle est la partie fœtale qui répond au détroit supérieur. Pour cela, suivez avec le doigt indicateur le membre du fœtus qui s'avance, et si ce membre s'échappe de la partie postérieure du détroit, examinez avec soin toute la région antérieure, et ne négligez pas d'appliquer l'autre main au-dessus de la région pubienne et d'exercer une légère pression, afin de faire descendre et de rendre plus accessible au doigt la partie fœtale qui se présente. Si le membre du fœtus a glissé derrière la symphyse pubienne ou au-devant des éminences iléo-pectinées, ce sera la partie postérieure du détroit abdominal que vous devrez explorer, et vos pressions à travers les parois du ventre devront surtout s'exercer sur les côtés, dans les fosses iliaques. Quand le bras prolabé appartient à une présentation de l'épaule, en le suivant avec le doigt il est bien rare que vous n'atteigniez pas la racine du membre, c'est-à-dire l'épaule, qui répond presque toujours à l'ouverture pelvienne, et que vous reconnaissez aux côtes, au creux de l'aisselle, à l'omoplate, à l'acromion, etc. Mais quand le bras accompagne la tête, non-seulement le doigt n'arrive pas à l'épaule, beaucoup trop élevée, mais il ne tarde pas à rencontrer, soit en avant, soit en arrière, l'extrémité céphalique qui constitue la véritable présentation.

Ce que je viens de vous dire du bras et de la main, je pourrais le répéter pour le pied, avec cette différence cependant que, dans la procidence des membres inférieurs, avec une tête ou une épaule, il est rare que le pied s'engage très-bas dans le vagin. En général, cette extrémité reste très-élevée au-dessous du détroit supérieur, c'est pour cela qu'il est plus difficile, avant la rupture des membranes, de reconnaître un pied qu'une main en procidence. Je ne parle pas ici, bien entendu, des présentations de l'extrémité pelvienne, dans lesquelles les membres inférieurs, se défléchissant, glissent les premiers dans l'orifice et dans le vagin. C'est là une variété de la présentation du siège, et la présence des pieds dans ce cas ne constitue pas une procidence. Je me suis déjà expliqué à ce sujet. Mais quand le pied précède la tête (par exemple), la partie fœtale qui se présente avant la rupture des membranes est toujours tenue plus élevée et plus mobile que dans le cas de procidence de la main, à cause du volume de l'extrémité prolabée. Plus tard, quand les membranes sont rompues, la même difficulté peut se présenter, quoique à un moindre degré, suivant l'énergie des contractions utérines; dans tous les cas, je ne puis que vous répéter les mêmes recommandations que tout à l'heure à propos du

bras : c'est-à-dire qu'il ne faut pas croire que tout pied rencontré dans le vagin indique nécessairement une présentation de l'extrémité pelvienne; il faut, au contraire, explorer avec le doigt tout le détroit abdominal, aussi bien en avant qu'en arrière, pour s'assurer, en s'aidant de légères pressions sur la partie inférieure de l'abdomen, que la tête ou l'épaule ne sont pas en même temps au-dessus de ce détroit.

Quant au diagnostic différentiel entre la main et le pied, c'est à peine si j'ai besoin d'y insister. Le peu d'épaisseur de la main, sa direction relativement à l'axe du membre, l'absence de parties saillantes sur les côtés du poignet comme les malléoles, la longueur des doigts, la facilité qu'a le doigt explorateur de se mouvoir entre eux, et principalement le grand écartement entre le pouce et l'index, sont autant de signes qui, joints au volume du pied, à sa direction relativement au membre qu'il termine, à la présence des malléoles et du talon, à la petitesse des doigts, etc., permettent d'éviter toute erreur.

Une question qui a beaucoup préoccupé les accoucheurs anciens est de reconnaître quand il y a procidence de plusieurs membres et que l'on craint une grossesse gémellaire, ceux de ces membres prolabés qui appartiennent à l'un ou à l'autre jumeau. Il faut remarquer d'abord qu'une pareille situation doit être fort rare, et que beaucoup d'accoucheurs des plus répandus n'en ont pas rencontré d'exemples dans une carrière même fort longue. En effet, il n'est pas fréquent, dans les grossesses doubles, de voir les deux poches se rompre prématurément, ce qui est presque nécessaire pour permettre aux membres des deux fœtus de s'engager simultanément dans le détroit supérieur. En second lieu, quand les deux enfants ne se présentent pas par le sommet, les présentations sont presque toujours de nature contraire, l'un par le sommet, l'autre par le siège (par exemple). Enfin, quand les deux enfants se présentent tous deux par le siège, les membres inférieurs défléchis, le mieux est d'attendre les progrès du travail qui, poussant plus énergiquement l'un des jumeaux dans l'excavation, fait bien vite cesser le doute où l'accoucheur pouvait se trouver. Du reste, le toucher avec un doigt ou même avec la main introduite tout entière dans le vagin, si c'est nécessaire, permettront toujours, en remontant jusqu'à la racine des membres prolabés, de reconnaître ce qui appartient à l'un et à l'autre enfant.

Traitement. — Dans un grand nombre de cas où la présence d'une main et quelquefois même d'un pied a été signalée au-dessous de la

tête, les membranes étant intactes, on voit, quand la poche des eaux se rompt, que la partie fœtale qui avait fait procidence a disparu, qu'elle remonte doucement au-dessus de la tête et que l'accouchement se termine sans autre complication. Ceci est surtout vrai pour la procidence de l'un des membres supérieurs, et il n'est pas rare alors de voir la main se dégager en même temps que le cou de l'enfant sur les côtés duquel elle s'était réfugiée après avoir laissé glisser la tête en avant. Cependant, dans certains cas cette main reste appliquée sur le côté de la tête et se dégage avec elle, et quelquefois, même sans porter aucun obstacle à l'engagement et à la descente de l'extrémité céphalique, elle peut précéder un peu cette tête dans le dégagement à travers les organes génitaux. Il est fréquent de voir les choses se passer ainsi quand on a affaire à un bassin normal et à un fœtus dont les dimensions ne sont pas exagérées.

Il ne faut pas donc trop se hâter d'intervenir lorsque, dans des conditions normales d'ailleurs, on a constaté la présence d'une main et même de l'avant-bras en avant de la tête fœtale. Il faut surveiller le travail et attendre que les efforts naturels aient pu s'exercer suffisamment pour engager la tête dans le détroit malgré la présence du bras. Le mécanisme par lequel le membre prolabé remonte peu à peu à mesure que la tête s'engage est facile à expliquer, si l'on songe que ce membre a la forme d'un coin dont la base siège aux environs du coude et dont la pointe est constituée par la main. Ce coin, pressé entre la tête et le bord du détroit supérieur, s'échappe en remontant absolument comme le fait un noyau de cerise serré entre l'extrémité des deux doigts. Mais si la tête ne s'engage pas dans le détroit parce que la présence de ce membre prolabé diminue par trop la capacité de cette ouverture, et aussi quelquefois, parce que cette tête n'est pas dirigée perpendiculairement au détroit abdominal, il est nécessaire d'intervenir. Il en sera de même quand le bras tout entier aura pénétré dans l'excavation ou au moins quand le coude aura dépassé le pourtour du détroit, car alors la forme du bras relativement à lui n'est plus la même, et malgré les efforts énergiques de l'utérus et la pression exercée par la tête qui cherche à s'engager, le membre ne remonte plus et peut, par son volume, amoindrir suffisamment l'ouverture pelvienne pour s'opposer aux progrès du travail. Or, si cette complication s'observe quelquefois dans un bassin normal, elle devient encore plus grave dans un bassin rétréci.

Le but que doit poursuivre l'accoucheur en pareille circonstance est

d'enlever l'obstacle qui s'oppose au passage de la tête, en imitant le procédé que suit la nature dans un certain nombre de cas, c'est-à-dire de remonter le bras au-dessus du détroit supérieur. Cette opération est généralement assez facile quand l'avant-bras seul est prolabé au-dessous du détroit et que la tête fœtale n'est que peu, ou point engagée dans cette ouverture. Il faut alors introduire la main tout entière dans le vagin, et prenant le bras avec les doigts, le pousser doucement suivant l'axe même du membre et ne cesser que lorsque la main aura dépassé la circonférence bipariétale de la tête. Après cette opération, ou bien on abandonnera le travail à la nature, ou bien, suivant les circonstances, on appliquera le forceps sur la tête que l'on engagera plus facilement dans le détroit, l'obstacle apporté par le bras prolabé ayant disparu. Cette même manœuvre réussit également souvent quand le bras est plus profondément descendu et que le coude est déjà dans l'excavation; mais alors la rétropulsion doit en quelque sorte s'opérer en deux temps; on remonte le bras d'abord en repoussant le coude, puis on continue en refoulant l'avant-bras et la main.

Malheureusement, on ne réussit pas toujours; d'abord la tête, sans avoir pu franchir le détroit supérieur, peut s'être fixée partiellement dans ce détroit et faire obstacle à toute tentative de réduction; en pareil cas, c'est au forceps qu'il faudrait s'adresser, en prenant soin, dans l'application de l'instrument, de laisser le membre prolabé au dehors des cuillers. Le plus souvent, les efforts de tractions qui viennent s'ajouter aux efforts expulsifs de la femme suffisent pour engager la tête et terminer l'accouchement, sans qu'il en soit résulté pour l'enfant d'autre inconvénient que le froissement, sans gravité, de la partie du bras prolabé, mais sans fracture habituellement, quoique cet accident puisse être la conséquence d'une telle situation. Il est bien entendu que si l'on doit opérer sur un enfant mort et si, malgré des tractions énergiques avec le forceps, on n'a pas pu faire descendre la tête et que celle-ci soit engagée pour permettre la version, c'est à la craniotomie et à la céphalotripsie qu'il faudra avoir recours.

Dans un bassin vicié, l'intervention est un peu plus complexe. Si, en effet, on peut espérer souvent une réduction facile du bras en procidence, alors que la tête n'est pas engagée dans le détroit supérieur, on peut craindre aussi que la réduction faite, si la tête ne vient pas s'appliquer aussitôt sur ce détroit, la procidence ne se reproduise, car, outre qu'on ne peut pas toujours saisir avec le forceps une tête mobile

et élevée, il n'est pas non plus raisonnable, dans un bassin rétréci, de chercher à l'engager par les seules tractions de l'instrument, et avant d'avoir laissé aux contractions utérines le temps de l'allonger et de l'adapter en quelque sorte à la forme du détroit qu'elle doit franchir : or, tout cela demande un certain temps. Quant à la version à laquelle on pourrait songer en pareil cas, outre que pour la tête on doit s'attendre aux mêmes difficultés, on place encore le fœtus dans toutes les conditions défavorables de la présentation de l'extrémité pelvienne dans un bassin rétréci, et vous savez que la vie de l'enfant est alors très-compromise. Dans l'observation que je vous ai rapportée au début de cette leçon, je n'ai pas hésité cependant à m'adresser à la version, mais il y avait dans ce cas particulier une circonstance à noter ; j'avais provoqué prématurément l'accouchement, c'est-à-dire que j'avais espéré que les dimensions de la tête fœtale, au terme où était arrivée la grossesse, coïncideraient à peu près avec les dimensions du bassin rétréci, et que je ne rencontrerais pas une grande difficulté à la faire passer dans le détroit supérieur. L'événement prouva le contraire ; malgré tous mes efforts, il me fut impossible d'extraire cette tête avec la rapidité nécessaire, et je ne pus amener qu'un enfant mort. C'est un exemple de plus à ajouter à tous ceux que possède la science contre l'opinion de quelques auteurs allemands et anglais qui préconisent encore aujourd'hui la version, comme méthode générale, dans les bassins viciés avec ou sans accouchement prématuré.

En un mot, dans un bassin bien conformé, quand on sera en présence d'un membre supérieur ou des deux membres supérieurs faisant procidence avec une présentation du sommet, on devra attendre et surveiller le travail si les membres prolabés sont peu descendus dans l'excavation, la réduction pouvant alors se faire spontanément. Si cependant l'engagement de la tête n'a pas lieu, ou si les membres prolabés sont plus engagés, il faut essayer la réduction, et si l'on réussit, s'en rapporter à la nature, si d'autres circonstances n'obligent pas à terminer promptement l'accouchement, auquel cas c'est à la version qu'il faudrait recourir, la tête étant très-mobile au-dessus du détroit supérieur, ou au forceps si on avait quelque espoir de la saisir convenablement, et surtout s'il y avait un vice de conformation. C'est encore à ce dernier instrument qu'il faut s'adresser quand la réduction est devenue impossible par suite de l'engagement partiel de la partie fœtale qui se présente, et quand le travail s'est suspendu. Il ne faut avoir recours au craniotome et au céphalotribe quesi l'enfant est mort

ou si les efforts avec le forceps sont restés infructueux et l'ont définitivement compromis.

Dans le cas de bassin vicié, la procidence d'un membre est trop souvent un obstacle à l'engagement de l'extrémité céphalique pour qu'on ne cherche pas de bonne heure à en faire la réduction ; il est mieux ensuite d'abandonner le travail à la nature, dans l'espoir que la tête se moulera à la forme du bassin rétréci, et se réservant d'intervenir avec le forceps pour hâter l'accouchement à un moment donné. Malheureusement, dans ces conditions le membre prolabé est trop souvent accompagné du cordon ombilical, et la réduction de ces deux parties est rarement définitive, de telle sorte que l'on est conduit trop fréquemment à faire une version dans l'impossibilité où l'on se trouve de saisir, avec le forceps, la tête qui est parfois très-mobile au-dessus du détroit supérieur. Mais il faut savoir quelles chances défavorables on fait courir à l'enfant, qui perd presque toujours la vie pendant les efforts d'extraction.

Je n'ai parlé jusqu'ici que de la procidence des membres supérieurs accompagnant une présentation du sommet : cette même procidence avec une présentation de la face ne comporte pas d'autres indications. Peut-être dans ce cas serait-on tenté, au lieu de laisser à la nature le soin de terminer l'accouchement après la rétropulsion du membre prolabé, de faire une version si l'état des parties le permettait, c'est-à-dire si l'orifice était suffisamment dilaté et si la partie fœtale n'était pas trop engagée. Cette opération serait probablement alors préférable au forceps, qui donne généralement des résultats moins favorables dans les présentations de la face. Néanmoins, je préfère encore, dans ces conditions, laisser les choses se terminer spontanément s'il n'y a pas d'obstacles du côté du bassin. Dans ce dernier cas, on agirait comme je l'ai dit précédemment, et comme la face est une partie qui s'engage plus difficilement, c'est à la version, malgré tous ses inconvénients, qu'il faudrait avoir recours après avoir vainement essayé du forceps.

La procidence des membres supérieurs avec une présentation de l'extrémité pelvienne est presque sans inconvénient. Tout au plus cela peut-il retarder un peu l'engagement du siège à travers le détroit abdominal et sa descente dans l'excavation, mais on peut toujours dans ces cas, quand on le juge nécessaire, hâter l'accouchement en faisant des tractions sur la partie fœtale qui se présente.

Le bras qui pend dans le vagin ou même hors des organes génitaux

externes dans la présentation de l'épaule ne doit pas être considéré comme étant en procidence ; il fait partie de la présentation, et je me suis déjà expliqué avec vous à ce sujet ; mais un second bras peut être amené par un opérateur maladroit qui, en faisant une version, a cru saisir un pied et a ramené l'autre membre ; le mieux sera de ne pas s'en préoccuper, de fixer un second lacs sur le poignet et d'aller chercher les pieds comme si cette erreur n'avait pas été commise.

La présence d'un pied ou des deux pieds, ou encore d'un pied et d'une main en avant de la tête, quand les membranes sont entières, ne doit pas beaucoup préoccuper l'accoucheur. Assez souvent, toutes ces parties remontent sous l'influence des contractions devenues énergiques, et quand la poche des eaux se rompt, ces extrémités fœtales peuvent avoir disparu. Le mieux est de respecter l'intégrité des membranes le plus longtemps possible, afin que si l'on est obligé d'agir plus tard, on n'ait pas d'obstacles du côté du col. Quand ces parties ne sont pas remontées avant l'écoulement du liquide amniotique, elles peuvent disparaître successivement à mesure que la tête s'engage dans le détroit ; c'est au moins ce qui s'observe assez souvent. Mais quand ce résultat n'a pas lieu, la présence d'un pied ou des pieds peut constituer un obstacle plus sérieux que la main à l'engagement de la tête, et la rétropulsion devient absolument nécessaire. Cette opération, qui pour le pied comme pour le bras devra toujours se faire avec la main que l'on reconnaît être la plus commode (la main droite, par exemple, si la procidence a lieu à gauche du bassin, la main gauche si le membre a glissé du côté droit), réussit assez facilement quand la tête n'est pas engagée et qu'il reste un peu de liquide amniotique dans l'utérus. Quand on a pu remonter le membre, on laisse, comme dans le cas précédent, l'accouchement se terminer spontanément, ou bien on applique le forceps si des circonstances autres réclament une terminaison rapide. C'est également à cet instrument qu'on a recours quand la tête est trop engagée pour qu'on essaye la réduction et quand le travail s'est suspendu par suite de l'obstacle apporté à l'engagement plus complet. On pourrait être tenté, en pareille circonstance, de saisir le pied pour faire la version, mais en général l'engagement de la tête apporte de grandes difficultés à cette opération, surtout si l'on ne peut pas la repousser au-dessus du détroit. On est alors quelquefois conduit à faire usage du crâniotome et du céphalotribe, si l'on n'a pu par le forceps faire descendre la tête et si l'évolution du fœtus par des tractions sur le pied n'a pas réussi.

Dans un bassin rétréci, la procidence d'un pied présente presque toujours un obstacle sérieux à l'engagement de la tête, et si l'on ne peut pas le repousser, je crois qu'on pourra tenter la version après avoir essayé une application de forceps toujours difficile, et qui reste souvent infructueuse.

Dans ces circonstances, pour faire la version avec le pied prolabé, on doit y placer d'abord un lacs, confié à un aide qui est chargé de faire des tractions, la main introduite dans le vagin devra s'efforcer de repousser la tête dans la matrice. Cette opération est loin d'être aussi facile qu'on pourrait le croire, et dans un cas de présentation de la face avec un pied en procidence, Cazeaux raconte dans son *Traité d'accouchements* les difficultés énormes qu'il a rencontrées, difficultés qui ont été telles, qu'il dut recourir à l'embryotomie.

La procidence d'un pied dans une présentation de l'épaule n'est pas toujours une circonstance aussi favorable que l'on pourrait se l'imaginer, seulement on est obligé, quelquefois, d'aller chercher l'autre pied pour terminer la version.

En résumé, dans un bassin normal ou rétréci, la procidence d'un pied ou des deux pieds dans les présentations céphaliques, quand ces extrémités ne se réduisent pas spontanément au début du travail, peut constituer un obstacle absolu à l'engagement de la tête, et le mieux est d'en faire la réduction le plus tôt possible, laissant ensuite l'accouchement se terminer seul si d'autres circonstances n'obligent à se hâter. Quand la réduction est impossible, il est préférable d'exercer des tractions sur le pied en procidence pour faire la version, et si cette opération ne réussit pas, on applique le forceps sur la tête dans le but de la faire descendre. Enfin, quand toutes ces tentatives sont restées infructueuses, c'est au craniotome et au céphalotribe qu'il faut avoir recours.

Dans les grossesses gémellaires, la procidence d'une main ou des deux mains à côté d'une tête ne constitue pas un obstacle insurmontable pour l'accouchement, car les enfants étant généralement plus petits, les dimensions de la tête permettent cet engagement simultané. Néanmoins, s'il paraissait démontré que la présence de ces membres empêche la descente de la tête, il faudrait opérer la rétropulsion des bras ou faire une application de forceps sur la tête qui sera entraînée plus facilement, grâce à son petit volume relatif. Quand ce sont des pieds qui se trouvent en même temps qu'une tête au détroit supérieur, on peut craindre une complication que j'ai déjà eu l'occasion

de vous décrire dans les leçons que j'ai consacrées aux grossesses gémellaires, c'est-à-dire le croisement des deux têtes. Pour éviter cet accident, il est mieux, sitôt qu'on le peut, de tenter la réduction des pieds, que l'on fera suivre d'une application de forceps sur la tête, et si l'on ne réussit pas à repousser les pieds dans la matrice, on fera néanmoins usage du forceps pour entraîner la tête, qui passera presque toujours assez facilement pour les raisons que j'ai indiquées plus haut. Mais il faudrait bien se garder, malgré les difficultés que peut rencontrer l'application du forceps, de faire des tractions sur les pieds en procidence, car on s'expose à faire descendre l'autre fœtus et à voir les deux têtes s'enlacer, ce qu'il faut éviter. Il vaudrait mieux introduire la main dans l'utérus et aller chercher l'un des membres inférieurs de l'enfant qui présente le sommet, car dans tout ce qui vient d'être dit j'ai supposé que les pieds qui accompagnaient la tête étaient ceux du second jumeau. Par le procédé que je recommande, on obtient deux présentations de l'extrémité pelvienne qui se terminent sans difficultés. En effet, quand les deux jumeaux s'engagent par le siège, les membres inférieurs ayant perdu leurs rapports normaux et ayant glissé dans le vagin, on n'aura pas à craindre les erreurs que les anciens craignaient tant quand il s'agissait d'intervenir, car ou les progrès du travail en poussant un des enfants plus bas dans l'excavation permettront facilement de reconnaître les jambes qui appartiennent à celui-ci, ou bien, si l'on est obligé d'intervenir plus rapidement, on ne fera de traction que sur l'un des membres, le plus engagé, se réservant de remonter avec la main le long de ce membre jusqu'aux fesses pour reconnaître quel est celui des autres membres engagés qui appartient à ce même enfant et dont on peut avoir besoin pour terminer l'accouchement.

Je n'insiste pas davantage sur ces complications des grossesses gémellaires dont j'ai eu l'occasion de vous entretenir.

Pronostic. — Il m'a semblé plus naturel de ne vous parler du pronostic qu'après vous avoir indiqué comment il fallait intervenir, parce que vous saisirez mieux les nuances qui peuvent modifier le jugement que vous aurez à porter dans des circonstances qui peuvent varier.

En effet, si d'une manière générale on peut dire que, dans un bassin normal, la procidence de l'un ou des deux membres supérieurs ne constitue pas un obstacle sérieux à l'accouchement naturel, il est bon de tenir compte du degré de la procidence. Plus le bras sera profon-

dément engagé, et moins on aura de chances à voir la délivrance s'opérer par les seuls efforts naturels. D'un autre côté, il faut faire entrer en ligne de compte le volume de la tête fœtale et la plus ou moins grande énergie des contractions utérines : en d'autres termes, en se reportant aux conseils que je vous ai donnés à propos du traitement, on peut dire que l'enfant vient presque toujours vivant quand il vient spontanément ; que le pronostic n'est pas aussi favorable quand on est obligé d'avoir recours au forceps ; enfin qu'il doit être beaucoup plus réservé quand on est obligé de faire la version.

La procidence d'un membre dans un bassin rétréci, si ce membre ne se réduit pas spontanément, est toujours une circonstance très-défavorable qui vient s'ajouter aux mauvaises conditions résultant déjà de l'angustie pelvienne.

La procidence d'un pied, quand ce membre ne se réduit pas ou ne peut être réduit, est plus fâcheuse que la procidence d'une main, quelle que soit d'ailleurs la conformation du bassin.

Ceci s'applique également aux procidences qui accompagnent une présentation céphalique.

Les procidences des membres supérieurs dans les présentations de l'extrémité pelvienne n'offrent presque jamais d'inconvénients sérieux, pas plus que les procidences du pied dans les présentations du tronc.

Enfin, en ce qui concerne les grossesses gémellaires, grâce au volume presque toujours moindre des enfants, les procidences, de quelque nature qu'elles soient, ont moins de gravité que dans les conditions ordinaires, et je ne crains pas de dire qu'avec un médecin attentif et instruit elles apportent rarement quelque complication à laquelle il ne soit pas possible de remédier.

DE

L'ÉLONGATION HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS.

Par le Dr **L.-E. Dupuy**,
Ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

On désigne sous le nom d'*élongation sous-vaginale, intra-vaginale, ou vaginale du col de l'utérus*, une hypertrophie partielle de cet organe,

(1) Extrait du Progrès médical.

n'atteignant que la portion située au-dessous de l'insertion du vagin. Les conséquences de cette élongation sont faciles à prévoir : lorsque l'hypertrophie est peu prononcée, le col fait saillie en bas et en avant dans le vagin ; il apparaît à la vulve, ou même entre les cuisses, lorsqu'elle est accentuée.

On ne saurait confondre cet allongement hypertrophique du col avec le *prolapsus utérin*. En effet, ou bien ces deux affections existent isolément, et dans ce cas, la situation de la matrice, constatée par la palpation hypogastrique et le toucher vaginal ou rectal, fixe le diagnostic ; — ou bien elles coexistent, et alors la mensuration à l'hystéromètre indique un allongement du col compliquant le prolapsus.

En apparence rien n'est plus simple, et il semble impossible de méconnaître une affection dont les signes ont, en quelque sorte, une rigueur mathématique. Mais en réalité, il n'en est point ainsi ; la confusion de l'élongation du col avec la prolapsus utérin a été faite souvent par des chirurgiens, même expérimentés, et cette erreur a eu, pour un grand nombre de malades, des résultats désastreux. L'emploi de pessaires ou de divers autres moyens pour faire remonter un utérus hypertrophié dont la situation était parfaitement normale, devait, on le conçoit aisément, entraîner les accidents les plus fâcheux.

Le principal mérite d'avoir attiré l'attention des praticiens sur ce point, revient à M. Huguier, qui présenta à l'Académie, en 1859, un mémoire sur lequel nous aurons l'occasion de revenir souvent dans le cours de ce travail : l'histoire des diverses hypertrophies du col de l'utérus y est traitée de main de maître.

Depuis cette époque, un grand nombre d'observations d'élongation du col ont été reproduites par la presse médicale ; plusieurs monographies du plus haut intérêt ont contribué à élucider certains points qui n'avaient encore été qu'ébauchés.

Rassembler ces divers faits épars dans la science, en y ajoutant quelques observations inédites, et faire de toutes ces parties un tout homogène, tel est le but que nous nous proposons ici. Nous le croirons suffisamment rempli si nous réussissons à frapper l'esprit du lecteur des progrès considérables accomplis depuis quinze ans sur ce point, en apparence si restreint, de la pathologie utérine.

HISTORIQUE. — Tout en faisant une large part aux travaux antérieurs de Desormeaux, Boyer, etc., M. Huguier s'est attribué d'avoir, le premier, démontré l'erreur où l'on était tombé depuis longtemps

relativement au prétendu prolapsus [de la matrice. Cette prétention souleva de nombreuses protestations, parmi lesquelles nous citerons celles de M. Depaul à l'Académie (1), et de M. Stoltz, dans la *Gazette hebdomadaire* (2). Néanmoins quelques auteurs, M. Courty entre autres, ont maintenu la priorité de M. Huguier. Il nous semble donc utile d'entrer dans quelques détails historiques, en remontant aux véritables sources. — Certains passages d'un livre resté célèbre (3) indiquent que Morgagni connaissait l'élongation du col de l'utérus. En effet, il décrit nettement, chez une femme de 25 ans, un corps cylindrique, semblable à un pénis, pendant dans l'intérieur du vagin, et il reconnaît le col de l'utérus descendu au voisinage de la vulve. Ailleurs, il pense que c'est à une laxité primitive du col qu'il faut attribuer une élongation si rare (4).

Dans le mémoire de Levret (5), publié quelques années plus tard, nous trouvons plusieurs observations claires et détaillées de l'affection qui nous occupe. — Les conclusions de Levret sont assez curieuses pour que nous reproduisions ce document :

« Cette maladie est, comme on vient de le voir, un renversement total du vagin, avec un *allongement considérable du col propre de la matrice*, sans que le corps de cet organe y ait presque part. En effet, on voit que les quatre tumeurs dont il vient d'être question avaient de commun entre elles, savoir : 1° la figure conique dont le moindre volume était en bas ; 2° qu'à la partie déclive de chacune d'elles était situé l'*os tinæ* ; 3° que de cette ouverture s'écoulaient les règles ; 4° qu'une sonde introduite par cette ouverture a pénétré jusqu'à six pouces de profondeur, et à même pu parvenir à toucher le fond..... Ces tumeurs diffèrent de la descente complète de la matrice sans renversement en ce que, quoique l'*os tinæ* soit réellement à la partie déclive de la tumeur, si on introduit une sonde par son ouverture, elle ne va guère au delà de deux pouces de profondeur, tandis que, dans notre cas, on a vu qu'elle va de six à huit, quelquefois plus. »

Cette description est remarquable, surtout si l'on songe à l'époque

(1) Depaul. Comptes-rendus de l'Académie de médecine, 1859.

(2) Stolz (de Strasbourg). *Gazette hebdomadaire*, vol. VI, 1859, p. 356.

(3) Morgagni. *De sedibus et causis morborum*, 1761.

(4) *Istam raram longitudinem.*

(5) Levret. Mémoire sur un allongement considérable qui survient quelquefois au col de la matrice. Dans le *Journal de médecine-chirurgie*, par Roux, vol. XL, 1773.

où elle a été faite. Sans aucun doute le lecteur a été surpris, comme nous, en voyant qu'en 1773 l'usage du cathétérisme utérin était connu et qu'il avait déjà servi à établir, d'une façon indubitable, le diagnostic différentiel de l'hypertrophie du col et de la descente complète de la matrice.

Il existe néanmoins une lacune regrettable dans le mémoire que nous citons, nous voulons parler du traitement chirurgical de l'élongation. Levret et ses contemporains semblent bien éloignés de songer à l'amputation possible du col de l'utérus hypertrophié.

C'est à Brest (1), en 1780, qu'on pratiqua pour la première fois une opération de ce genre, par suite d'une erreur de diagnostic. On fit la ligature de la tumeur qui avait été prise pour un polype utérin, et la malade mourut de métro-péritonite. Nous ne retrouvons, vers la même époque, le récit d'aucune opération analogue, et il nous faut arriver en 1846 pour citer les deux exemples d'élongation du col, auxquels Ph. Boyer appliqua la résection.

Dès lors l'attention était attirée sur ce point, et la science put enregistrer successivement les remarquables travaux de Bennett, Virchow, Herpin, Boivin, Scanzoni et Huguier. L'important mémoire de ce dernier a été, depuis son apparition, sujet à de vives critiques. On a reproché à son auteur d'être trop absolu dans ses opinions, et de ne point tenir suffisamment compte des études de ses devanciers et de l'observation générale. Poussant ses opinions à l'extrême, au point de nier complètement l'abaissement de l'utérus et l'élongation congénitale du col. M. Huguier a été formellement contredit par MM. Depaul, Bennett, West (2), et plusieurs autres contemporains. Nous tâcherons plus loin d'apprécier la véritable valeur de ces objections.

Il nous reste maintenant à passer rapidement en revue les principales monographies traitant de l'élongation du col, et postérieures au mémoire de Huguier.

L'une des plus intéressantes est la thèse de Rumbach (3), qui a été

(1) Segard. Dissertation sur les polypes utérins; Paris, 1834.

(2) Bonnet. Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes. Trad. franç. 1861. — Bennett. Des ulcérations et des engorgements du col utérin. Thèse de Paris, 1843. — Virchow. In Versuche der Gesellschaft für Geburt in Berlin, 1847. — Herpin. De l'allongement démesuré du col de l'utérus. Janvier 1856. — Scanzoni. De la métrite chronique. Trad. Sibberman. 1866.

(3) Rumbach. Des allongements hypertrophiques du col de l'utérus. Thèse de Strasbourg, 1865.

inspirée par le professeur Stoltz (de Nancy); l'auteur insiste sur l'amputation du col à l'aide de l'écraseur linéaire employé, de préférence au bistouri, et cite plusieurs observations inédites à l'appui de sa manière de voir.

Dans une thèse (1), soutenue à peu près à la même époque que celle de Rumbach, un élève d'Estevenet, publie quelques faits provenant de la clinique chirurgicale de Toulouse. Plusieurs innovations proposées par l'auteur de ce travail ne nous semblent point très-heureuses. Ainsi, l'application de l'écraseur faite à plusieurs reprises différentes, et après avoir préalablement attiré le col à la vulve, nous semble une pratique dangereuse. Si elle a pu donner à Estevenet quelque résultat heureux, la grande majorité des faits se prononce contre elle; aussi a-t-elle été complètement abandonnée.

Plus récemment, M. Gueniot (2) a décrit sous le nom d'allongement œdémateux du col utérin une affection particulière de cet organe, presque toujours méconnue avant lui, et qui est encore aujourd'hui l'objet des plus grossières méprises de la part des gynécologistes allemands. Le chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés différencie nettement cet allongement œdémateux de l'œdème proprement dit du col, dû à la compression par la tête fœtale, fait vulgaire et bien connu des accoucheurs. L'altération étudiée par lui est constituée par un engorgement hyperémique du col, résultat probable de l'inertie des fibres musculaires amenant consécutivement une surimbibition sérieuse de cet organe. Nous aurons l'occasion de revenir plusieurs fois sur cette forme particulière d'élongation du museau de tanche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — I. Considérations sur l'anatomie normale et l'élongation congénitale du col utérin. — Le col de l'utérus se trouve divisé naturellement en deux portions distinctes par l'insertion du vagin qui forme une véritable rigole circulaire autour du museau de tanche. Nous n'avons pas à nous occuper ici de la partie supérieure, située au-dessus de cette insertion et nommée, pour cette raison, *portion sus-vaginale du col*. L'extrémité inférieure, qui fait le sujet de cette étude, est désignée sous le nom de *portion sous-vaginale* ou *vaginale*, elle est entourée complètement par l'extrémité supérieure du vagin

(1) Silvestre. Considérations sur l'hypertrophie intra-vaginale du col de l'utérus et de son traitement. Thèse de Montpellier, 1866.

(2) Gueniot. De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement. Asselin, 1872.

dans lequel elle plonge librement. Sa longueur varie, à l'état normal, entre 6 et 12 millimètres. Deux circonstances ont une influence manifeste sur ces dimensions : la portion vaginale diminue de longueur en raison du nombre des grossesses (Cazeaux). D'autre part, Cruveilhier fait remarquer qu'il existe fréquemment, chez les femmes avancées en âge, un effacement complet du museau de tanche, et il ne comprend pas comment il a pu se faire que l'*élongation* de ce dernier ait été considérée, pendant si longtemps, comme l'état régulier à cette période de la vie. C'est donc chez les jeunes femmes nullipares, que la longueur du col est la plus considérable.

Très-souvent, le coït ne modifie point cette longueur ; il tend, au contraire, à l'exagérer par le mécanisme suivant : la pression du membre viril s'effectuant, vu la conicité du col, en arrière de cet organe, a pour effet d'augmenter la profondeur du cul-de-sac utéro-vaginal postérieur, ce qui rend nécessairement plus considérable la saillie du museau de tanche. Ces derniers détails anatomiques nous expliquent un dissentiment qui existe entre MM. Bennett et Huguier. Ce dernier, qui semble n'avoir observé que des femmes d'un certain âge, a été amené à nier formellement que l'*élongation* pût exister à titre de malformation congénitale, sans aucun état pathologique. Telle n'est point l'opinion de M. Bennett qui a constaté, chez plusieurs femmes non mariées, un allongement plus ou moins prononcé du col utérin, sans aucune espèce de cause inflammatoire. Nous ne voyons, dans ces cas, qu'une exagération parfaitement admissible de la disposition que nous venons de signaler, comme étant la plus habituelle à cet âge.

Nous démontrerons, du reste, dans le cours de ce travail, que non-seulement l'*élongation* congénitale existe, mais qu'elle se distingue encore, au point de vue de la structure histologique, par un certain nombre de caractères qui lui sont propres.

II. *De la coexistence possible des hypertrophies sus-vaginale et vaginale du col.* — Nous n'avons en vue, dans cette étude, que l'*élongation* portant sur la *portion vaginale du col*. — Cette variété constitue une affection parfaitement distincte, se manifestant par des caractères qui la différencient, avec la plus grande netteté, de l'*hypertrophie sus-vaginale*. Il ne faut pas oublier néanmoins que, malgré ces différences symptomatiques, les deux affections ont presque toujours un point de départ commun, c'est-à-dire une lésion de nutrition. Elles peuvent donc coexister, mais c'est là un fait assez rare ; et, pour sa part, M. Huguier

dit ne jamais l'avoir rencontré. L'observation suivante en est un exemple frappant : l'hypertrophie ayant porté également sur la portion sus-vaginale, le vagin fut entraîné dans la descente du col. Cette disposition vint compliquer singulièrement l'opération et la rendit plus dangereuse; aussi M. Alph. Guérin dut-il pratiquer la résection du col assez bas, pour ne point léser la paroi vaginale.

OBSERVATION I. — Hypertrophie des portions sus et sous-vaginales du col de l'utérus; chute du vagin; ulcération de la tumeur; résection du col à l'aide de l'écraseur; guérison. (Obs. communiquée par M. GUÉRIN à la Société de chirurgie le 15 février 1860.)

Jeune femme de 23 ans; réglée entre 16 et 17 ans, elle a eu, jusqu'ici, ses menstrues très-régulièrement. Le sang qu'elle perdait était rouge et abondant. La durée des règles, qui était d'abord de 3 à 5 jours, ayant augmenté dans les dernières années jusqu'à 8 et 10 jours, la malade a été quelquefois effrayée de la quantité de sang qu'elle perdait.

A l'âge de 19 ans, devenue grosse, elle accoucha à l'hôpital Saint-Antoine. L'accouchement se fit naturellement à terme, et les douleurs ne durèrent guère plus d'une heure. C'est pourtant à une époque voisine de son accouchement que la malade rapporte le début de sa maladie, sans qu'elle puisse bien préciser, n'ayant jamais ressenti la moindre douleur dans la région.

État de la malade au moment de l'opération. Le museau de tanche, considérablement hypertrophié, faisait hors de la vulve, entre les petites lèvres, une saillie du volume d'une pomme d'api. Rouge dans la plus grande partie de son étendue, il était le siège d'une ulcération à fond grisâtre, dont l'étendue était à peu près celle d'une pièce d'un franc. L'hystéromètre, introduit dans le col de l'utérus, pénétrait à une profondeur de 10 à 11 centimètres, suivant la pression exercée sur le manche de l'instrument. En portant le doigt indicateur dans le vagin, on sentait distinctement une sorte de calus indiquant le point où finissait le col et où commençait le corps de l'utérus. La cavité du corps de l'utérus, ayant la direction et le volume de l'état normal, est de 3 centimètres, tandis que la longueur du col est de plus de 7 centimètres.

L'opération ayant été décidée, M. Guérin s'attache à fixer l'étendue du col qu'il devait enlever et reconnaît ainsi la disposition suivante :

L'hypertrophie n'ayant pas seulement porté sur la portion sous-vaginale du col, mais aussi sur la portion sus-vaginale, le vagin relâché a suivi le col dans sa descente et le tapisse jusqu'à la distance de 3 centimètres de son orifice extérieur, de telle sorte qu'il eût été infailliblement coupé si la chaîne de l'écraseur eût porté un peu au-dessus de ce point.

Opération. La malade ayant été endormie par le chloroforme, M. Guérin opère à l'aide de l'écraseur. Bien que la section eût été faite promptement en 13 ou 14 minutes, il ne s'écoule que quelques gouttes de sang. L'utérus, devenu libre, remonte aussitôt, et il est impossible de constater si la coupe était concave ou convexe.

Résultat. 9 jours après l'opération, la malade dit n'avoir point souffert ;

elle mange bien, et, quoiqu'elle n'eût pas encore quitté son lit que pour aller au bout de la salle, on peut la considérer comme guérie. Notons, en outre, que la cavité du col n'a point disparu sous la constriction de l'écraseur, bien qu'aucune précaution n'ait été prise pour s'opposer à son oblitération.

Cette observation n'est pas intéressante seulement au point de vue où nous nous sommes placés plus haut; notons dès maintenant plusieurs particularités sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus loin, à savoir, l'*ulcération* de la tumeur, l'*absence d'hémorrhagie* malgré la vascularité évidente du col, la *persistance de la cavité cervicale* après la résection, l'*influence d'une grossesse* ayant agi comme cause déterminante du processus hypertrophique.

Nous avons trouvé dans la presse américaine un second cas qui nous semble devoir être rapproché de celui de M. Alph. Guérin. Il appartient au docteur Warren (de Boston). Les différents détails de cette observation sont trop écourtés et trop obscurs, pour se prêter à une discussion sérieuse; nous les résumons ici sans aucune espèce de commentaires :

OBSERVATION II. — *Elongation hypertrophique du col; descente du vagin et de la moitié de la vessie; résection du col*, par M. WARREN (*American Journ. of the med. Sciences*, 1864).

Une femme de 66 ans présente un allongement hypertrophique datant de 26 ans. *Le col a atteint une longueur de 3 à 4 pouces et fait saillie entre les grandes lèvres, entraînant la moitié de la vessie et une grande partie du cul-de-sac péritonéal.* Après avoir séparé avec soin ces parties du col hypertrophié, M. Warren réséqua cet organe, et dès lors le col utérin et les organes adjacents reprirent leur position naturelle dans le bassin.

Nous reviendrons, du reste, dans la suite de cette étude, sur la coexistence des hypertrophies vaginale et sus-vaginale, car nous aurons à envisager cette forme particulière au point de vue du traitement chirurgical.

(A suivre.)

REVUE SCIENTIFIQUE ÉTRANGÈRE.

Du souffle utérin et des battements du cœur fœtal, par le Dr James Cumming, d'Edimbourg. (Suite.)

Pendant les quinze jours que durèrent les observations de M. de Kergaradec sur cette jeune femme, le pouls maternel oscilla entre 54 et 72, tandis que les battements du cœur fœtal se comptèrent de 123

à 160. Une fois, les pulsations fœtales furent si rapides qu'il ne put les compter, quoique le pouls maternel eût conservé le type normal. Aussi arrive-t-il à cette conclusion importante, que ce dernier n'a pas d'influence sur le premier.

Il formula une autre proposition, à savoir que l'état de santé ou de maladie de l'enfant peut être reconnu par l'énergie et la fréquence des battements de cœur ; de même, la présence de deux ou de trois enfants peut être diagnostiquée par l'auscultation, et que les pulsations cardiaques peuvent s'ajouter aux autres signes pour le diagnostic des grossesses extra-utérines. Il est également partisan de l'auscultation médiate.

Ce que je viens de dire est un bref abrégé des remarques, observations et déductions contenues dans le mémoire de Kergaradec, lequel, j'ai à peine besoin de le dire, mérite bien d'être lu. Cela paraît étonnant que, sans aide d'aucune sorte, cet auteur ait pu découvrir et analyser si bien le seul véritable signe de la grossesse.

Peu après que Kergaradec eut fait cette lecture sur ce qu'il pense être sa découverte, M. Fodéré, dans un article du tome LVII du *Dictionnaire des sciences médicales*, appelle l'attention sur ce fait que M. Mayor, habile chirurgien de Genève, l'a précédé, et a consigné ses recherches dans la *Bibliothèque universelle*. A cela, M. de Kergaradec répond d'abord en accordant la priorité de l'auscultation obstétricale à Mayor, puis en défendant ses droits comme ayant approfondi ce sujet plus complètement que le chirurgien genevois. Du reste, je ne puis mieux faire que de citer ses propres paroles :

« Je ne chercherai pas à revendiquer cette découverte puisque, bien que je l'ignorasse complètement, l'observation de M. Mayor est effectivement antérieure aux miennes. Mais ce chirurgien n'a rien entendu avant la fin de la grossesse ; et je suis certain qu'il est possible de percevoir bien plus tôt le bruit des contractions du cœur du fœtus. Il ne parle pas non plus des pulsations simples avec souffle, et celles-ci m'ont paru dans deux circonstances tellement sensibles à cinq mois, que je ne doute pas qu'il ne soit pas possible de les distinguer avant cette époque, » et cite un cas où il a entendu la pulsation à 4 mois et demi. Kergaradec était vraiment un savant accoucheur.

Depuis ce temps, de nombreux observateurs ont écrit sur ce sujet. Parmi les plus remarquables fut Evory Kennedy, de Dublin, dont j'ai déjà eu précédemment l'occasion de parler à propos du souffle utérin. Il dit « que chez l'enfant nouveau-né, les battements du cœur se

propagent mieux et peuvent être distinctement entendus sous l'omoplate droite, dans toute la poitrine, en auscultant les bras préalablement ramenés et serrés contre la poitrine, et quelquefois en bas du dos, aux reins et aux fesses. » Il dit également que le cœur fœtal est plus gros en proportion, et ses cavités ont une plus grande capacité par rapport à l'épaisseur de leurs parois que dans le cœur de l'adulte, ce qui explique comment, malgré une épaisseur anormale de la paroi abdominale et une grande quantité de liquide amniotique, les battements fœtaux sont entendus très-distinctement. Il dit qu'il existe une influence sympathique sensible entre la circulation maternelle et celle du fœtus. J'espère expliquer plus loin que c'est là une erreur complète. Il a, le premier, entendu les pulsations qui ont lieu dans le cordon ombilical, et avance qu'on peut les entendre quand une portion de cette tige ombilicale est interposée entre la paroi antérieure de l'utérus et une partie proéminente du corps du fœtus.

Nægele fils a également fait mention de ce bruit.!

(A suivre.)

REVUE CLINIQUE.

Avortement de trois mois. — Délivrance tardive. — Guérison. —

Par le Dr A. De Soyre.

Dans la nuit du 21 septembre dernier, on vint me chercher pour donner mes soins à une jeune dame, qui venait de faire une fausse couche.

Mme S..., âgée de 26 ans, avait déjà eu trois enfants. Les suites de couches avaient été chaque fois régulières, mais toutes avaient été accompagnées de pertes sanguines plus abondantes que d'habitude. Cette dernière grossesse, qui venait de prendre fin accidentellement, datait d'environ trois mois et une semaine, et n'avait rien présenté de particulier jusqu'au dimanche 19 septembre, où, à la suite de fatigue exagérée, un peu de sang était apparu, ainsi que quelques contractions utérines. Pendant la nuit du dimanche au lundi, la perte, fort légère du reste, se suspendit, les douleurs se calmèrent, et la grossesse aurait sans doute pu se continuer jusqu'à terme, si Mme S... n'avait, le lendemain lundi, repris ses occupations et ses promenades comme si rien n'était arrivé. Le lundi soir, l'écoulement sanguin reprit avec plus d'abondance et les douleurs se ranimèrent, et, cette fois, la nuit n'apporta pas le même calme que la précédente, et le travail se continua avec sa forme habituelle dans les avortements de cette époque de la gestation. Le soir, vers huit heures, sentant les douleurs devenir de plus en plus vives, et comprenant bien que ce travail ne s'arrêterait plus.

Mme S. réclama un médecin. Les gens de la maison se mirent en campagne et allèrent frapper à plusieurs portes, qui, pour une raison ou pour une autre, ne s'ouvrirent point. Enfin le Dr X. se rendit auprès de la malade et se prépara à lui donner ses soins. L'avortement eut lieu à neuf heures et demie le mardi 21, s'accompagnant d'un écoulement sanguin assez modéré; mais le fœtus seul fut expulsé; le placenta resta dans la matrice. Après avoir attendu un quart d'heure à vingt minutes, et sans que la perte fût très-intense, le Dr X. crut devoir aller à la recherche de ce placenta, en introduisant la main entière dans le vagin. Malgré tous ses efforts, il ne put introduire qu'un ou deux doigts dans la cavité utérine, et ne retira que des fragments de membranes. Mais ces manœuvres qu'il prolongea pendant plus d'une heure, malgré leur insuccès, déterminèrent chez la malade des douleurs violentes et provoquèrent des accidents nerveux qui obligèrent à suspendre toute intervention. C'est alors que le Dr X. fit prendre à la malade une petite dose d'ergot de seigle. Après avoir laissé reposer sa cliente, le médecin voulut recommencer ses tentatives d'extraction, mais il rencontra une résistance énergique de la part de la femme et de celle du mari. Ce fut sur ces entrefaites que l'on vint me chercher, et qu'on me mit au courant de ce qui venait de se passer.

Je trouvai la malade très-excitée, les yeux brillants, la respiration courte, rapide, le facies coloré, à demi soulevée sur son séant, tremblante, comme une femme qui vient d'avoir un accès de colère, ou qui est menacée d'aliénation. Cependant elle répondit assez bien à toutes les questions que je lui fis, mais elle ne se remit complètement qu'après m'avoir entendu affirmer qu'il n'y avait rien à faire pour le moment, et qu'il fallait attendre. En effet, après avoir passé en revue tous les linges qui avaient été maculés, et m'être assuré qu'il n'y avait pas de perte grave, je pratiquai le toucher, qui me fit reconnaître un col réformé, dans lequel on introduisait facilement le doigt jusqu'à l'orifice interne, impossible à franchir; rien en outre ne faisant constater l'engagement d'une portion quelconque de placenta.

Je me retirai en conseillant le repos le plus absolu, le calme autour de la malade et une surveillance active afin de se mettre en garde contre une hémorrhagie possible.

Le lendemain matin, M. S. vint me prier de donner complètement mes soins à sa femme, me disant que le Dr X. ..., venu la veille, lui était totalement inconnu, que sa femme en avait grand'peur et que sa vue seule suffisait, après les douleurs violentes causées par les manœuvres de la veille, à lui déterminer des accès nerveux.

Je continuai mes visites à partir de ce moment.

Le 22, au matin. L'état général est satisfaisant, l'écoulement sanguin extrêmement modéré; pas de fièvre. Le soir rien de particulier.

Le 23. Mme S... est un peu plus abattue que la veille. Perte sanguine très-faible. Le poulx est plus élevé. Les seins ne sont ni gonflés ni sensibles.

Le 24. Ecoulement à peine rosé, sans odeur, le poulx plus calme, état général satisfaisant. Quelques picotements dans les seins, un peu de gêne quand elle veut rapprocher les bras du tronc.

Le 25. Pas de sang. Lochies un peu plus odorantes que de coutume. La montée du lait s'est faite sans fièvre et sans douleurs, mais la sécrétion lactée est très-peu abondante. A partir de ce jour, j'ordonne 50 centigrammes de sulfate de quinine et des injections trois fois par jour.

Le 26. Légère réaction fébrile. Les seins s'affaissent. Pas de sang. Lochies à peine odorantes. Depuis le 21, il ne s'est pas produit une seule contraction de l'utérus. Par le toucher, je trouve le col entr'ouvert, mais il est impossible de franchir l'orifice interne. Par le vagin on sent nettement la matrice développé comme pour une grossesse de trois mois, quoique le fœtus ait été expulsé. Pendant toute cette période et jusqu'au 28, l'appétit reste bon, et c'est à peine si les lochies ont présenté un peu d'odeur, encore n'avaient-elles pas l'odeur spéciale du placenta en putréfaction. Si bien que plus d'une fois j'ai interrogé la malade et les assistants pour savoir si le Dr X n'avait pas retiré le délivre par fragments.

Le 28 dans la matinée on vint me prévenir que Mme S... perdait du sang. Je me rendis près d'elle et trouvai en effet plusieurs serviettes tachées d'un sang très-rouge, sans odeur. Par le toucher, je constatai un col presque effacé, et le doigt pénétrant dans l'ouverture percevait nettement une portion du délivre tendant à s'engager. Le doigt était teint de sang plus foncé que celui des serviettes et ayant une odeur caractéristique de putréfaction. Dans la journée le travail ayant continué, le placenta franchit l'orifice. Les contractions avaient peu d'énergie et ne se renouvelaient qu'à des intervalles assez éloignés, si bien que ce ne fut que dans la soirée que la matrice finit par se débarrasser entièrement du délivre. Cette expulsion ne s'accompagna que d'une très-légère quantité de sang. Le placenta examiné aussitôt après sa sortie, était rose et frais dans toutes ses parties sauf dans un point large comme une pièce de quarante sous environ où il présentait une teinte foncée noirâtre. C'était la partie qui en contact avec le col avait commencé à se putréfier. Ce délivre était resté sept jours entiers dans la matrice.

Les suites de cet avortement furent si naturelles que dix jours après cette expulsion tardive du délivre, Mme S... put prendre le chemin de fer pour rentrer chez elle à 100 lieues de Paris environ.

Pneumonie chez une femme enceinte. Par le Dr Gillet (de Beauzée).

La question de l'influence vraie de la grossesse sur la marche et l'issue de la pneumonie étant un sujet de désaccord entre les auteurs, je crois de mon devoir de publier le cas suivant que je viens d'observer. Ne pouvant à lui seul servir à juger la question pendante, ce sera toujours un élément destiné à faciliter, plus tard, un travail capable d'établir sur ce point une loi pathologique solide.

Une jeune femme de 31 ans, de très-petite taille et de santé délicate, habitant le village de Heippes, est enceinte de six mois.

Dans le courant d'avril, elle s'expose à un refroidissement; après deux ou

trois jours de malaise, le samedi 21 avril, elle éprouve le matin un violent frisson, le samedi soir elle commence à ressentir un vif point de côté à droite. Elle tousse, forte fièvre, etc.

Le dimanche 22, même état.

Le lundi je constate une pneumonie à droite, souffle, etc. La malade sent encore son enfant remuer, mais moins fort.

Le pouls à 120, la respiration est à 40.

Le mardi soir le mal augmente beaucoup; violentes quintes de toux très-pénibles et oppression très-grande, avec cyanose de la face.

Le mercredi, même état: pouls, 130: respiration, 42.

Depuis le *mardi soir* elle n'a plus senti son enfant remuer; de l'herpès *labialis* apparaît le même jour.

Le jeudi elle est un peu mieux, a eu moins de quintes: pouls à 110; respiration, 34.

Mais le vendredi elle est plus mal que jamais; le pouls à 132, la respiration passe 40.

Enfin le samedi matin il y a une détente, le pouls est à 100, la respiration à 33. Elle commence à sentir son enfant remuer. Pendant trois jours il lui avait semblé mort, et pendant ces trois jours elle éprouvait des coliques utérines intermittentes à chaque quinte violente, mais il n'a pas paru de sang.

Au même jour le point cède. Les crachats, plus liquides et plus blancs, indiquent la guérison pulmonaire, qui chaque jour est allée se complétant.

Le traitement employé a consisté en sangsues sur le côté droit et potions hermétisées. Lavements émollients. Quelques opiacées à titre antiabortif surtout.

Car, pour moi, je crois qu'on doit à tout prix chercher à empêcher un avortement en pareil cas, et l'opium est indiqué par son *action sédative, tant sur les fibres utérines que sur l'appareil respiratoire.*

La durée et la marche ont été tout ordinaires, et l'issue favorable. Un cas seul ne dit rien; mais, si j'en appelle à mes souvenirs, l'opinion de Grisolles sur l'influence désastreuse de la grossesse en cas de pneumonie est très-exagérée, et n'est guère vraie que pour les cas où il y a avortement.

(*Gaz. des hôpitaux.*)

Kyste de l'ovaire comme cause de dystocie. Par M. Baader (*Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerte*, 1875, n° 16.)

La femme Sch., 32 ans, primipare, arrive à terme le 21 octobre 1874, après une grossesse normale.

Les douleurs continuent presque sans interruption pendant deux jours. Au bout de ce laps de temps, on appelle le médecin. Il constate une tête volumineuse solidement enclavée au détroit supérieur. Douleurs continues. Bassin normal.

Le troisième jour, même état. Les contractions ont diminué d'intensité; le pouls est plus petit, fréquent (124 pulsations); tout le ventre est sen-

sible. L'exploration digitale révéla à droite et à gauche de l'utérus, une tumeur sonore à la percussion tympanitique, qu'on prend pour la masse intestinale. L'enfant vit toujours. Application du forceps après anesthésie chloroformique. Tractions vaines pendant cinq quarts d'heure. Une heure après, nouvelle application du forceps sans résultat aucun, en présence d'un confrère appelé en consultation. Il ne restait plus qu'à pratiquer la céphalotripsie. Ainsi fut fait. La tête broyée, l'accouchement ne se fit toujours pas. On introduit alors un crochet aigu courbe dans la plaie du crâne, et après l'avoir fait passer par un point symétrique du côté opposé, on réussit après plusieurs tractions à attirer l'enfant au dehors. Il dépassait de beaucoup comme dimensions et comme poids la moyenne des enfants nés à terme.

Malgré la perte de substance qu'on lui avait fait éprouver, il pesait 4 125 grammes et mesurait 60 centimètres de long. L'utérus se contracta bien et expulsa le placenta au bout d'un quart d'heure. La palpation du ventre révéla ensuite la présence d'une tumeur arrondie, du volume du poing, située du côté droit, vers le fond de la matrice. On crut à une collection sanguine par suite de rupture de la matrice. Le lendemain matin la malade succomba.

L'autopsie montra les détails suivants : à droite de l'utérus existe une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, pédiculée et dégagée d'adhérences dans toute son étendue. L'incision de la tumeur donne issue à un liquide trouble, caséeux, dans lequel nagent des cheveux blonds et des poils en grande quantité. L'origine de la tumeur est l'ovaire droit, et la variété appartient à la classe des tumeurs dermoïdes. Péritonite partielle vers le fond de la matrice. Pas d'épanchement dans la cavité péritonéale. Utérus intact.

L'auteur conclut en disant que la section abdominale seule eût pu offrir quelque chance de vie à la mère et à l'enfant, en supposant que le diagnostic eût pu être posé avant l'accouchement ou pendant la grossesse.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Description d'un fœtus humain monstrueux de la famille des acéphaliens ; par le Dr H. Rendu.

Ce monstre est né en novembre 1874, à Grenelle, au bout de sept mois de gestation, d'une couche gémellaire. L'autre fœtus était bien conformé et a vécu quelques jours. L'accouchement, comme la grossesse, n'ont rien présenté d'anormal. La mère avait déjà eu d'autres enfants ; aucun d'eux n'avait offert de vice de conformation.

Le placenta était unique pour les deux sujets : c'est là, du reste, une particularité qui a toujours été observée en pareil cas. Il était volumineux et s'est détaché facilement après l'accouchement.

Un seul point mérite d'être signalé, qui peut-être a de la valeur ; c'est que sur certaines régions les cotylédons faisaient défaut et les membranes apparaissaient à nu. Ceci se voyait notamment au niveau de l'intersection du cordon ombilical du fœtus monstrueux. Ce cordon, long et grêle, d'une dizaine de centimètres environ, prenait sa naissance à la périphérie du disque placentaire et se trouvait directement en contact avec les membranes.

Quant au monstre lui-même, voici ses *caractères extérieurs* : c'est une masse ovoïde, arrondie aux deux extrémités qui forment deux renflements, à peine rétrécie à la partie moyenne, sans qu'on puisse voir là un étranglement véritable, ni une limite entre la portion céphalique et la portion caudale. Toute cette masse est molle, tremblotante, s'affaissant sur elle même. La peau est bien conformée et a l'apparence du tégument normal, mais elle est sur quelques points, particulièrement au niveau du renflement supérieur, œdémateuse et comme infiltrée de sérosité. A sa surface se montrent des poils follets assez longs, analogues au duvet qui tapisse le corps des enfants nouveau-nés.

La partie postérieure de cette masse n'offre rien à signaler. Elle est curviligne, parfaitement homogène, sans aucune saillie ni dépression autre que les plis déterminés par l'affaissement des parties molles. Elle peut être comparée tout à fait au bord postérieur du rein, dont elle présente à peu près la courbure.

La région antérieure, au contraire (qui correspondrait au hile du rein), offre quelques particularités à noter.

A l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, elle est coupée par un sillon transversal assez accusé. C'est en ce point que vient s'insérer le cordon ombilical. Au-dessus, on ne trouve rien qui soit l'indice d'une ébauche d'organisation de la tête : pas une fente qui annonce la bouche, pas une dépression qui puisse être considérée comme des yeux ou des oreilles ; à peine une ou deux phlyctènes sans signification, et qui ne répondent à aucun organe. En un mot, cette extrémité supérieure est exclusivement constituée par un renflement amorphe recouvert par la peau ; on n'y trouve pas trace d'organe des sens sur la ligne médiane. Toutefois, du côté gauche de la dépression ombilicale, il existe une légère dépression circulaire tapissée par une sorte de bourrelet d'où s'échappent des poils plus longs et plus nombreux que sur les parties voisines. Cette dépression pourrait peut-être répondre à la description d'une paupière ; mais la dissection des parties sous-jacentes n'a montré aucun rudiment d'organe analogue à un globe oculaire ; la seule particularité à noter, est que le fond de la dépression en question vient s'aboucher à une sorte de cordon fibreux long de 1 centimètre environ, et dans lequel on ne saurait voir un nerf optique, car le microscope n'y fait découvrir aucun tube nerveux.

Les membres sont représentés par des espèces de bourgeons informes qui

diffèrent notablement suivant qu'on les examine dans le segment supérieur ou dans le segment inférieur.

Immédiatement au niveau de la dépression ombilicale, on voit, de chaque côté de la ligne médiane, deux appendices qui paraissent des rudiments de membres supérieurs. — Ces deux appendices ne sont pas insérés à la même hauteur : celui du côté droit est plus bas que son congénère du côté gauche, en sorte que, lorsqu'on regarde le fœtus par sa partie latérale, à droite, le cordon ombilical paraît s'insérer au-dessous du membre, et à gauche au-dessus. — Ces deux moignons présentent des caractères communs : ils sont formés par une duplicature de la peau, qui est plus serrée, moins œdémateuse, et qui dessine des plis plus accusés ; les poils y sont plus nombreux que sur le reste du corps. Du reste, aucune trace appréciable d'ongles ni de digitations. On ne peut donner ce nom, en effet, à des incisions peu profondes qui se voient latéralement au niveau de ces appendices et qui constituent de simples froncements de l'enveloppe cutanée. Ajoutons qu'ils se terminent par une extrémité mousse, arrondie, légèrement spatulée ; qu'ils sont manifestement constitués exclusivement par des parties molles, sans vestige de charpente osseuse. La dissection la plus minutieuse n'a montré dans l'épaisseur de ces moignons aucun noyau cartilagineux ou osseux. Ce sont donc des témoins qui représentent la place des membres supérieurs, mais leur organisation est à peine à l'état d'ébauche. Tout autres se présentent les membres inférieurs. Ici, on est d'abord frappé de la symétrie qui existe entre le côté droit et le gauche. — A droite, il n'existe pas trace de membres inférieurs, pas le moindre bourgeon, aucune élévation indiquant la position du pied : la seule particularité que l'on constate est l'existence d'une légère dépression, qui correspond à peu près au siège présumé du membre inférieur droit, mais qui ne se rattache à aucun détail d'organisation intérieure, comme l'a démontré l'autopsie. — A gauche, au contraire, le membre inférieur est relativement bien conformé. On distingue un appendice qui simule grossièrement la forme d'un pied (fig. 1, 4), dont la plante regarderait en haut et en dedans, et qui aurait subi sur lui-même une assez forte torsion. A l'extrémité de ce moignon se voient deux tubercules qui peuvent être considérés comme des rudiments d'orteils, mais qui ne présentent pas la moindre trace de productions unguéales. Ce qui différencie surtout cet appendice des précédents, c'est qu'il est facile de sentir la présence d'une véritable voûte tarsienne. On peut constater également par le toucher que les os se continuent à la partie postérieure du moignon puis s'infléchissent brusquement sur eux-mêmes en formant une saillie angulaire : cette saillie se dessine d'ailleurs par un relief très-accentué lorsque l'on examine la moitié latérale gauche du fœtus. Comme pour les membres supérieurs, d'ailleurs, il n'y a pas de digitations bien prononcées, et l'on ne rencontre que des incisions irrégulières, au nombre de quatre, qui divisent la face plantaire du membre inférieur en segments inégaux.

Telles sont les particularités que révèle l'étude de la conformation extérieure chez ce fœtus : pénétrons maintenant dans les détails de son organisation.

Une incision longitudinale, pratiquée le long du bord convexe postérieur, fait d'abord constater que la majeure partie de la masse totale est constituée par du tissu conjonctif assez lâche, infiltré de sérosité, et qui s'affaisse considérablement après que le liquide qui l'imprégnait a eu le temps de s'écouler. — Ce tissu cellulaire est traversé par des traînées fibreuses disposées suivant différentes directions, et qui circonscrivent des espaces remplis de pelotons adipeux. — Il occupe une épaisseur de près de 3 centimètres, avant que l'on rencontre aucun vestige d'organisation. Cette couche une fois franchie, on se trouve en présence de ce qui constitue la charpente osseuse du fœtus.

Cette *charpente osseuse* se compose de trois pièces principales : 1^o un membre inférieur complet, comprenant fémur, tibia et péroné, os du tarse et du métatarse : 2^o un bassin formé de deux os distincts, l'iliaque et l'ischion : 3^o enfin une masse osseuse, de forme irrégulière, superposée à l'iliaque, et qui constitue le rudiment de la colonne vertébrale.

Ainsi, le fait le plus saillant de l'organisation de ce fœtus, c'est l'absence totale du squelette du crâne, de la face et des membres supérieurs. Pas une pièce ne représente soit les débris du frontal ou du temporal, soit les vestiges d'une omoplate ou d'une clavicule. La pièce même qui sert de témoin de la colonne vertébrale est atrophiée, incomplète, et n'a pas suivi à beaucoup près le développement des os qui constituent le membre inférieur gauche, le seul qui existe. Celui-ci semble avoir absorbé à son profit la nutrition de toutes les autres parties du squelette. Ainsi, le fémur, à lui seul (fig. 2, 6), mesure plus de six centimètres de longueur, c'est-à-dire qu'il est presque aussi développé que celui d'un fœtus normal de 9 mois. De même le tibia et le péroné ont environ 4 centimètres, le pied 2 centimètres, dimensions énormes, surtout si on les compare à la longueur totale du fœtus, qui n'excède guère 15 à 17 centimètres. Aussi, ces diverses pièces du squelette du membre inférieur sont-elles pliées sur elles-mêmes; le fémur et l'iliaque occupant la ligne médiane, les os de la jambe sont fléchis, et le pied est tordu à son tour sur la jambe, dans l'attitude du bled-bot varus. Toutes ces parties sont d'ailleurs parfaitement conformées et remarquablement développées. Ainsi on distingue les diverses faces de l'os iliaque, les apophyses et les échancrures du bassin; le fémur s'y articule par un col qui pénètre dans une cavité cotyloïde; les articulations de la hanche, du genou, du péroné et du tibia ont toutes leurs ligaments et présentent, aux dimensions près, l'aspect qu'elles auront plus tard : un ligament interosseux déjà très-fort sépare le tibia du péroné; enfin l'on peut reconnaître dans le massif osseux du pied, la plupart des pièces du tarse, particulièrement le calcanéum et l'astragale. Tous ces os, indépendamment des ligaments qui les relient entre eux, envoient des tissus fibreux qui se continuent avec le tissu cellulaire voisin, et finalement s'insèrent à la face profonde du derme.

Au-dessus de l'iliaque se voit une pièce osseuse qui est loin d'être aussi bien développée. — C'est une sorte de masse ostéo-fibreuse allongée, solide terminée par une arrête saillante triangulaire, et dirigée obliquement par rapport à l'iliaque et au fémur; il semble que cette masse ait subi une in-

flexion sur elle même, et se soit recourbée de façon à présenter sa concavité vers le hile du fœtus. Bien que les divers fragments qui constituent ce massif osseux soit intimement soudés, il est facile d'y reconnaître des rudiments de vertèbres, grâce à la disposition régulièrement alternante du tissu ostéo-cartilagineux. C'est donc la colonne vertébrale qui se trouve située à ce niveau, mais la colonne vertébrale très-atténuée et très-réduite, puisque l'on distingue à peine trois vertèbres, et que la quatrième n'est qu'un noyau cartilagineux informe. En raisonnant par analogie, il est donc présumable que la portion sacrée seule, ou au maximum la portion sacro-lombaire du rachis, a subi un commencement de développement ; toutes les parties supérieures de l'axe osseux cérébro-rachidien n'ont reçu aucune ébauche d'organisation.

L'étude des autres *organes* de l'embryon montre des arrêts de développements analogues. On ne rencontre aucune trace des poumons ni du cœur : la partie supérieure du canal intestinal ne paraît pas non plus représentée. Il en est de même de ces organes qui souvent acquièrent chez le fœtus des dimensions considérables : je veux parler du thymus et du corps thyroïde. En un mot, tous les viscères destinés à occuper la cavité thoracique, à plus forte raison la région cervicale, font absolument défaut, au même titre que la charpente osseuse de la moitié supérieure du corps.

Seuls, les *viscères abdominaux* ont reçu un commencement d'organisation. Immédiatement à gauche de l'os iliaque (en regardant le fœtus par sa partie antérieure) se dessine une sorte d'intumescence, de poche circonscrite par une membrane fibreuse. Cette membrane, qui prend ses insertions sur le pourtour de la crête iliaque, semble un rudiment des aponévroses abdominales. En la décollant de ses attaches, et en la rabattant de dedans en dehors, on découvre deux masses rougeâtres : l'une pulpeuse et homogène, du volume d'une grosse noisette, située à la partie supérieure : c'est le rein ; l'autre contournée sur elle-même et dessinant des anses multiples : c'est l'intestin.

Le *rein* n'offre pas l'aspect et la forme qu'il aura plus tard ; — c'est un corps bosselé, marronné, qui, au premier abord, ressemble beaucoup au foie, dont il a la couleur ; il est également situé au-dessus de l'intestin, ce qui complète l'analogie extérieure. — Mais l'examen microscopique y fait reconnaître des tubuli qui appartiennent manifestement au parenchyme rénal. D'ailleurs, ce rein unique est appliqué contre la pièce osseuse qui représente la colonne vertébrale lombo-sacrée, et il est séparé de l'intestin par une lame fibreuse parfaitement délimitée. Nulle part, il n'a été possible de retrouver la trace d'un corps de Wolff, non plus que d'un uretère.

L'*intestin* se compose de quelques anses bien conformées, pelotonnées sur elles-mêmes, et présentant, déroulées, une longueur de 6 à 7 centimètres. — Ces anses sont fixées aux parties profondes par une sorte de mésentère, sur lequel se dessinent des vaisseaux et peut-être des nerfs ; elles sont tapissées par une séreuse péritonéale. On ne distingue pas d'estomac ; il n'y a aucune ligne de démarcation entre ce qui serait le gros intestin et l'intestin grêle, sauf une anse un peu plus renflée que les autres ; toutes sont identi-

ques. Vers la portion externe et antérieure de la loge abdominale, on les voit brusquement s'engager dans un conduit fibreux, et on les retrouve au point d'implantation du cordon ombilical, où elles forment une sorte d'ampoule bosselée à la base de l'ombilic.

Tels sont les seuls organes dont nous ayons pu constater la présence par une dissection attentive. Nous avons recherché avec le plus grand soin s'il n'existait pas quelque vestige de l'appareil hépatique. Nous n'avons trouvé aucun bourgeon capable d'être assimilé au foie ; il n'y a pas trace non plus de vésicule biliaire ni de pancréas ; le tube digestif est réduit à quelques anses intestinales. L'appareil génito-urinaire est non moins imparfait ; car, s'il existe un rein assez développé, il est unique et ne se continue pas avec un uretère ni avec une vessie. On ne distingue point d'ouraque, ni de pore génital, ni de cloaque. Il semble, d'ailleurs, que le développement du rein se soit fait d'une façon tout à fait indépendante de celui de l'intestin, car les deux organes sont situés dans deux loges absolument séparées.

Enfin, le *système nerveux*, dont le développement est si précoce d'habitude, paraît faire ici complètement défaut. Non-seulement il n'y a pas de vestige d'encéphale ni d'organes des sens, mais la moelle elle-même est absente. Quant au système circulatoire, s'il existe, il est tout à fait rudimentaire. Le cordon ombilical renferme une artère ombilicale, mais il nous a été impossible de l'injecter, et, par suite, nous ne saurions donner aucun détail sur la distribution des vaisseaux dans le foie et dans l'intestin. Tout ce que l'on peut affirmer, c'est que l'organe central de la circulation, le cœur, manque, ainsi que les grosses artères ; les seules que l'on aperçoive sont celles qui rampent à la surface de l'intestin.

Il était intéressant de rechercher s'il y avait quelques traces du *système musculaire*. Ceci paraissait d'autant plus probable, que le développement du squelette du membre inférieur permettait de supposer une organisation parallèle des muscles ; mais, sur ce point encore, les prévisions n'ont pas été justifiées. Nulle part, en effet, il n'existe de masses charnues musculaires bien déterminées ; si le microscope fait voir quelques trousseaux de fibres striées, perdues dans une gangue cellulaire, ce n'est là, pour ainsi dire, qu'un accident. Par contre, la portion tendineuse des muscles est relativement fort développée ; ainsi, on reconnaît parfaitement le tendon d'Achille, ceux des péroniers latéraux, des jambiers antérieur et postérieur, ainsi que les muscles de la patte d'oie, mais les fibres charnues qui devaient faire suite à ces faisceaux tendineux font défaut.

Nous n'avons retrouvé aucune trace de ganglions lymphatiques ni d'organes lymphoïdes ; la rate n'existe pas.

Ainsi, en résumé, voici un fœtus chez lequel manquent, en apparence, la tête et les organes des sens, mais qui présente extérieurement des moignons indiquant l'existence des deux membres supérieurs et du membre inférieur gauche. Or, la dissection montre que l'arrêt de développement est encore plus considérable, puisque ni la tête ni la plus grande partie de la colonne vertébrale, ni le thorax, ni les

membres supérieurs ne sont représentés par le plus léger vestige d'organisation. Par contre, certaines parties qui semblaient rudimentaires et comme à peine ébauchées, sont arrivées à un degré de développement relativement considérable, puisqu'il existe du tissu osseux, des articulations complètes, des ligaments, des tendons, et mêmes des rudiments de fibres musculaires. Il y a donc là une anomalie considérable, dont on ne pourrait se douter à la simple inspection de la configuration extérieure. En réalité, ce fœtus se réduit à un unique membre inférieur complet et à quelques fragments des vertèbres sacrées ou lombaires. Quant aux viscères, seuls le rein et l'intestin ont subi une évolution assez avancée; les autres, le cœur, le foie, les organes des sens, l'encéphale, la moelle, l'appareil génital n'existent plus.

Le fœtus monstrueux que nous venons de décrire est donc un *acéphalien* dans toute la force du terme, puisque non-seulement la tête, mais le thorax fait entièrement défaut. Ceci est d'autant plus intéressant à constater, que l'on a décrit des monstres très-analogues, au point de vue de la conformation extérieure, et qui diffèrent, en réalité, essentiellement de celui-ci. Ainsi, par exemple, le fœtus dont MM. Gervais et Désormeaux ont donné l'histoire (*Mém. de l'Académie des sciences de Montpellier*, 1860), se présentait avec des caractères identiques au premier abord; il suffit pour s'en convaincre, de comparer la figure que ces savants ont annexé à leur mémoire, avec celle que nous donnons à la fin de cette note. C'est presque exactement la même configuration, sauf que l'ombilic chez le fœtus de M. Gervais, est placé un peu plus bas, et que les moignons qui représentent les membres supérieurs font défaut. Or, l'autopsie a montré que dans ce fœtus, en apparence acéphalien, presque amorphe, il existait un commencement d'organisation régulière du crâne, de la colonne vertébrale et des membres supérieurs; on y trouve aussi les vestiges d'une cavité buccale et d'un appareil génital. Au contraire, dans le cas actuel, tout cela manque, mais, par contre, les membres inférieurs sont beaucoup plus développés, ainsi que le rein et l'intestin. On le voit donc avec une apparence presque identique, ces deux types diffèrent radicalement: dans l'un, l'arrêt de développement porte surtout sur le capuchon caudal, dans l'autre, sur le capuchon céphalique; de là, pour le premier, prédominance du céphalothorax; pour le second, absence complète de cette partie du corps. Dans les deux cas, les téguments recouvrent d'une manière à peu près analogue ces rudiments d'organisation, mais il y a pourtant un caractère différentiel, qui,

dans l'espèce, semble avoir une grande valeur ; c'est que l'ombilic, placé vers le tiers inférieur du corps dans le fœtus pseudocéphale de MM. Gervais et Désormeaux, est situé chez le nôtre au niveau du tiers supérieur ; les deux autres tiers sont occupés par l'unique membre inférieur gauche.

Relativement à la cause originelle de la monstruosité que nous venons de décrire, nous devons nous tenir sur la plus grande réserve. Que l'arrêt de développement de l'embryon ait porté dès les premiers jours de son évolution, ce n'est pas douteux ; qu'il se relie à une déviation primordiale des portions antérieures du blastoderme, du capuchon céphalique, c'est encore évident. Mais la difficulté commence quand il s'agit de préciser la nature de la lésion qui a ainsi atteint le fœtus. M. Dareste nous a appris, par ses belles recherches expérimentales, qu'une adhérence inflammatoire des membranes, un arrêt de développement d'une partie de l'amnios, suffisent pour provoquer des anomalies, sinon exactement comparables, au moins du même genre que celle qui nous occupe. L'analogie nous porte à supposer qu'ici des causes semblables ont dû intervenir, et il est possible que l'absence ou la disparition de certains cotylédons placentaires, ceux-là précisément où s'insérerait le cordon ombilical de l'embryon, ait été pour beaucoup dans l'arrêt du développement qu'il a subi. Il serait également vraisemblable que l'apport du sang, venant à manquer ou à se faire irrégulièrement par une seule artère ombilicale, la nutrition de certaines parties du corps en eût souffert, ce qui expliquerait peut-être le développement limité de l'unique membre inférieur gauche et l'atrophie complète du membre droit correspondant. Mais, sur tous ces points, nous devons nous en tenir aux hypothèses, l'examen de l'amnios et du placenta n'ayant pas été fait avec un soin suffisant.

M. HOUËL. Ce fait est un des plus extraordinaires que je connaisse, et je n'ai jamais rien vu de semblable. Les monstres que l'on observe ordinairement ressemblent toujours plus ou moins à l'un de ceux qui ont déjà été décrits, et particulièrement aux types qu'on trouve dans Geoffroy Saint-Hilaire. Ici, au contraire, c'est quelque chose de tout spécial : c'est bien un acéphalien, puisqu'il n'y a point de tête, mais on ne retrouve point les caractères des acéphaliens.

M. GIRALDÈS. Les monstres ne sont pas toujours le résultat de causes identiques. La théorie de l'arrêt de développement ne peut expliquer le plus grand nombre des cas, et je crois que la théorie de Montgomery est souvent beaucoup plus satisfaisante ; il est certain,

par exemple, que beaucoup de faits attribués à l'arrêt du développement du capuchon céphalique sont le fait de sections intra-utérines. Le livre de Geoffroy Saint-Hilaire est complètement à refaire, car l'histoire des monstruosités a été totalement modifiée par les recherches scientifiques modernes.

M. HOUEL. Il est bien certain que le livre de Geoffroy-Saint-Hilaire n'est pas parfait, mais, si l'on se reporte à l'époque où il a été fait, on ne peut encore s'empêcher de l'admirer. Tous les faits peuvent rentrer dans sa classification, et celui de M. Rendu est, jusqu'à présent, le seul que je n'aie pu y adapter. Dans ce fait, d'ailleurs, il est évident que la théorie de Montgomery n'est nullement applicable. Lorsqu'il y a eu une amputation intra-utérine, on trouve toujours la partie sectionnée ; en outre, on ne peut, de cette façon, expliquer les anomalies si nombreuses que présente le tronc du monstre qui nous est présenté.

M. GIRALDÈS. Je maintiens ce que j'ai dit sur l'ouvrage de Geoffroy-Saint-Hilaire ; c'est un travail de compilation, qui a pu être très-utile, mais qui, à l'heure actuelle, est complètement à refaire.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement de l'éclampsie par le chloral.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle que depuis quelque temps ce mode de traitement fait le sujet de nombreuses communications. Un fait qu'il vient d'observer montre que dans certains cas, malgré l'énergie du traitement, l'éclampsie résiste à tous les effets de l'art. — Il a été appelé récemment près d'une jeune femme qui venait d'être prise à deux heures du matin, au début du travail, d'accès éclamptiques ; deux accès s'étaient déjà produits avant son arrivée. Il administra immédiatement 5 grammes de chloral dans de l'eau édulcorée de sirop de groseilles ; 5 autres grammes furent introduits en lavement. Mais ce dernier ne fut pas gardé, pendant l'administration de ces médicaments une troisième crise se produisit. Le médecin ordinaire de la malade, le D^r Campardon, arriva en ce moment, et il fut décidé que M. Gueniot serait convoqué à son tour ; de la consultation prise en commun, il résulta que l'on attendrait une dilatation un peu plus complète du col pour pratiquer l'accouchement, et que le chloroforme serait ajouté au chloral. Pendant deux heures les attaques cessèrent, mais bientôt, malgré la prolongation du sommeil anesthésique par le chloroforme,

elles reparurent avec une grande intensité toutes les demi-heures à peu près. M. Gueniot pratiqua alors une grande saignée, puis, à huit heures, il fit une application de forceps qui amena un enfant mort. Après l'accouchement on continua les inhalations de chloroforme et on injecta 5 grammes de chloral dilué dans l'eau sous la peau; malgré tous ces moyens les attaques se maintinrent, et à deux heures de l'après-midi, douze heures après le début des accidents, la malade succombait, malgré le traitement énergique employé. (L'urine contenait de l'albumine.)

A propos de ce cas, M. Dujardin-Beaumetz fait observer qu'il n'est pas toujours aussi facile qu'on le dit d'administrer le chloral aux éclampsiques. Les contractions abdominales empêchent complètement l'introduction par lavement; par la bouche les morsures et le gonflement de la langue empêchent aussi d'user de la voie stomacale, et cela d'autant plus que la solution chloralée légèrement caustique détermine une douleur vive sur la langue meurtrie. Il ne faut pas hésiter dans ce cas à employer les injections sous-cutanées de chloral au dixième; ces injections déterminent quelquefois des abcès, mais ces derniers ne sont rien, si l'on songe aux grands avantages que l'on peut tirer de l'emploi du chloral dans l'éclampsie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Contribution à la pratique des Accouchements (étude théorique et pratique sur une espèce peu connue de version pelvienne par manœuvres internes sans extraction, qu'on pourrait appeler LA VERSION SIMPLE), par le Dr HOTTENIER. **Adrien Delahaye**, libraire-éditeur.

Della Gravidanza Estrauterina, memoria del dot'tore Guglielmo ROMITI. Tesa di concorsa. Firenze 1875.]

De quelques modifications à introduire dans l'enseignement médical officiel et particulièrement dans l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris, par le Dr Alfred HARDY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, Paris, 1875. In-8 de 16 pages. 50 c.

TABLE DES MATIÈRES

Abcès mammaires (moyen de prévenir les).....	188	CAZIN.....	641, 705
ABEILLE.....	632	Céphalotribe fenêtré.....	163
Académie de médecine. 53	447	Céphalotripsie.....	177
	802, 617	CHAMPOUILLON.....	247
Académie des sciences.....	632	CHARPENTIER.....	435, 650
— de Belgique.....	292	CHARRIER.....	117
Accouchement d'un fœtus monstrueux.....	308	Chloral dans l'éclampsie... 690,	693
Accouchement gémellaire.....	444	Cordon ombilical (Cutisation du) 352	
Accouchement prématuré artificiel.....	625	— (Traitement de la pro-	
Adhérences anormales du placenta, par le Dr Guéniot. 17,	76	cidence du)... 300, 350	
Adhérences contre nature du placenta.....	35, 363	Craniotomie.....	41, 112
Allongement de la lèvre antérieure du col.....	435	CUMMING d'Edimbourg 617,	682, 746
Aménorrhée pseudo-membraneuse.....	317	DEPAUL.....	65, 284, 257, 314, 401, 505, 723
Anesthésie appliquée à l'art des accouchements.....	129	DESPRES.....	59, 508
Anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères.....	385, 513	Détroncation.....	244
Anus imperforé.....	507	Développement concomitant d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine. 184	
Ascite du fœtus.....	188	Dilatation du col comme traitement des vomissements incoercibles.....	566
Association française pour l'avancement des sciences.....	573	DOLBEAU.....	122
Avantages de l'accouchement prématuré artificiel et de la version sur le long forceps et la craniotomie dans les cas de bassin vicié.....	490, 518	DUBREUIL.....	60
Avortement.....	748	DUMONT-PAILLIER.....	246
BAILLY (Eclampsie). 43, 86, 179,	603	Déviations utérines (Traitement des).....	652
Bassin (vice de conformation du) 41, 177,	625	DUPLAY.....	79
BERNUTZ. Réversion de l'utérus gravide.....	1	DUPUY.....	739
BLot.....	53, 60, 124, 128, 129	DUROZIER.....	321, 577, 655
BOUCHACOURT.....	636	Eclampsie (Cas de) 43, 111, 305, 307, 361, 362, 498, 627, 683, 685, 686, 690	
BOURNEVILLE.....	193	Eclampsie (Leçons sur l')... 95, 215, 282, 422, 540	
Bromure de potassium dans l'éclampsie.....	627, 688	— (Température dans l') 193	
BRUNTON (John).....	300, 350	Elongation hypertrophique du col de l'utérus... 739	
BUDIN.....	60, 310, 574	Embryotomie.....	244
CALMEILLE.....	124	Epaule (Présentation de l').....	244
		Evacuation par l'aspirateur d'un utérus gravide en réversion 117	
		FILLIETTE.....	494
		Fistule vésico-vaginale.....	48, 229
		Forceps (Application du). 41, 112, 460	
		FORGET.....	60, 121, 127
		FOURNAISE (Paul).....	363

GALLARD.....	119, 121, 122, 123	Mamelle des enfants nouveau-nés	379
GILLETTE.....	121, 123, 158	Mamelle surnuméraire.....	51
GILS.....	368	MAGITOR.....	385, 313
GIRALDES.....	508	MARCHAL.....	48
Grossesse extra-utérine. 65, 116, 184, 257, 312, 401, 563		MARJOLIN.....	60
Grossesse gémellaire.....	439	MARTEL.....	241, 244, 439, 496
Grossesse tri-gémellaire.....	460	MAURIN (Amédée).....	561
GUÉNIOT. 59, 76, 127, 149, 164, 314, 332, 509, 533		Membranes de l'œuf (Rétention des).....	86
GUYÉNOT.....	317	MESNIERE (P.) d'Angers.....	447
GUYON.....	59	MILNE (Alex.).....	490, 548
Hémorrhagie encéphalique chez le nouveau-né, par le Dr Parrot	9	Môle hydatiforme.....	186, 310
Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta.....	496	Monstre acéphalien.....	53, 234
Hémorrhagies utérines occasionnées par un polype fibreux...	444	— célosomien.....	553
Hémorrhagies consécutives à l'accouchement.....	636	— sternopage.....	697
HÉRARD.....	697	Moussous.....	460
HERRGOTT.....	336, 372	Muqueuse utérine (Structure dela).....	622
HIRTZ.....	435	Oblitération complète du col....	659
Hydrocéphalie.....	112, 574	Oblitération du vagin comme moyen de guérison dans les grandes pertes de substance de la vessie.....	336
Imperforation de l'urèthre. 441, 568		Œdème des membres inférieurs	439
— du col.....	698	OLLIVIER (de Vence).....	185
Index bibliographique. 191, 256, 448, 512, 576		Opération césarienne.....	116
Influence des maladies du cœur sur la menstruation, la grossesse et son produit : de l'accouchement et de l'avortement provoqués.....	521, 577, 665	— (En cas de tumeurs fibreuses de l'utérus).....	641, 705
Insertion vicieuse du placenta..	496	Opération post mortem.....	35, 43
Kystes séreux ovariens (Sur une variété particulière de)...	296	Ovaires chez les enfants... 510, 573	
Kyste uniloculaire de l'ovaire pris pour une grossesse hydatique.....	241	PANAS.....	210
Kyste de l'ovaire comme cause de dystocie.....	751	Paralysie du bras gauche chez un nouveau-né.....	245
LABOULBENE.....	247	PARROT. Hémorrhagie encéphalique chez un nouveau-né. 9, 140, 272	
LAMBERT.....	292	PAULET.....	509
Langue (Morsure profonde de la — dans un cas d'éclampsie)..	43	PERREYMONT.....	51
Lettre du prof. Bouchacourt....	703	PETER... 95, 120, 215, 282, 422, 540	
— prof. Herrgott.....	384	PINARD.....	305, 307, 361, 362
— prof. Pajot.....	702	Placenta (Adhérences anormales du).....	17, 35, 76, 363
LUCAS CHAMPIONNIERE. 449, 509, 526, 594		Placenta (Insertion vicieuse du).	496
LUNIER.....	246	Placentite.....	368
Lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine, 449, 556, 594		Pneumonie chez une femme enceinte.....	750
		POLAILLON... 60, 124, 245, 312, 507	
		PORTAL.....	683
		Porte-lacs (nouveaux).....	292
		Positions occipito - postérieures (Traitement à suivre dans les)	23
		Postural (Traitement de la proci-cidence du cordon).....	300, 350
		POULLIET.....	468
		Présentation et engagement du ventre.....	185

Procidence du cordon.....	441	Syphilis (influence de la), sur la femme enceinte.....	174
Procidence du cordon (Traitement de la), par la posturale méthode.....	300, 350	TARNIER.....	59
Procidence des membres.....	723	Température dans l'éclampsie puerpérale.....	133
Rachitisme.....	439	TERRIER.....	60, 508
Remarques pratiques sur une source peu connue de sang pour la transfusion.....	34	Tétanos chez un nouveau-né.....	699
Rétention des membranes de l'œuf.....	86	Thrombus de la lèvre gauche de la vulve.....	179
Rétroversion de l'utérus gravide.....	1, 117	TILLAUX.....	58, 68
Rétention du fœtus mort dans la cavité utérine.....	372, 376	Traitement à suivre dans les positions occipito-postérieures.....	23, 102
ROBUCHON.....	179	Transfusion (Cas de).....	444
ROUX.....	685	Transfusion (sources peu connue de sang pour la).....	34
Séparation du vagin et du col de l'utérus par une cloison inter-utéro-vaginale.....	560	Tumeur congénitale, polycystique insérée à la symphyse du maxillaire inférieur et à la langue.....	502
Sériceps (du) (nouveau tracteur obstétrical).....	468	Tumeur pédiculée faisant saillie à la vulve au moment de l'accouchement.....	124
SINETY (de).....	379, 510, 373	Tumeur pelvienne compliquant le travail.....	191
Simplification opératoire applicable à l'ablation de certains polypes de l'utérus.....	149	Utérus (Corps fibreux de l').....	58, 60, 117
Société anatomique.....	574, 698	Utérus (Etat de l'), cinq semaines après l'accouchement.....	175
— de biologie.....	379, 510, 699	Utérus (Polypes fibreux de l').....	149, 159, 164, 444
— de chirurgie.....	58, 124, 312, 507	Vaccine anormale.....	246
— de médecine de Lyon.....	317, 636	Vagin (Oblitération du).....	336
— de médecine de Paris.....	117, 245	Ventre (Présentation et engagement du).....	185
— médicale des hôpitaux.....	246	Vésico-vaginale (fistule).....	48
— obstétricale de Londres.....	186, 248	VERNEUIL.....	128, 502
— de thérapeutique.....	746	Version.....	496
Souffle utérin.....	617, 682	Vice de conformation du bassin.....	41, 177
SOUROUILLE.....	498	VIDAL.....	247
SOYRE (de).....	112	Vomissements incoercibles (Trai-des).....	556, 559
Statistique du service obstétrical de l'hôpital Saint-Thomas de Londres.....	30	WILLIAMS (John).....	622
STOLLEZ.....	159		
Structure de la muqueuse utérine.....	622		

Le secrétaire de la rédaction, gérant : DE SOYRE.

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 06966 9318

